

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

569

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Émile PARRAIN

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 14 Novembre 1909 à Lavanfranche (Creuse)

CONTRIBUTION A L'ETUDE
de la Tuberculose primitive
du col de l'utérus

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Émile PARRAIN

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 14 Novembre 1909 à Lavanfranche (Creuse)

CONTRIBUTION A L'ETUDE de la Tuberculose primitive du col de l'utérus

Président : M. MARION, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Patholog. chirurgicale.
TROISIER	Pathol. expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologiq.
LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
HARVIER	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
HEITZ-BOYER	
MOURE	
QUÉNU	
SCHWARTZ	
VELTER	} Clinique Obstétricale.
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 11 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE
ET DE MON GRAND-PÈRE Fr. RIMOUR

A MA MÈRE *à qui je dois tout*

A MES GRANDS PARENTS PARRAIN

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR MARION

*Qui, après avoir bien voulu nous accepter
comme externe dans son service, nous fait
le grand honneur de présider notre thèse.*

AUX MEMBRES DU JURY

A M. LE DOCTEUR H. JUDET
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Docteur ès sciences

*Qui a été notre premier maître. Qu'il veuille
bien trouver ici, pour lui et pour les siens
l'assurance de notre vive et respectueuse
affection.*

A M. LE DOCTEUR JEAN QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A M. LE DOCTEUR G. ECALLE
Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur à l'Hôpital Boucicaut

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE DOCTEUR CHIFOLIAN

M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

M. LE PROFESSEUR MAURICE VILLARET

M. LE DOCTEUR JEAN BERGER

M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

(In memoriam)

M. LE PROFESSEUR MARION

M. LE DOCTEUR ECALLE

M. LE DOCTEUR JEAN QUÉNU

A M. LE DOCTEUR LAMY

Médecin des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR BERTHOUMEAU

Médecin-Chef de l'Asile National des Convalescents

*Dont j'ai été — trop peu — l'interne. Qu'il
veuille bien trouver ici l'assurance de no-
tre reconnaissant souvenir.*

A M. LE DOCTEUR HENRI BITH
Médecin-assistant de l'Hôpital Necker

A MM. LES DOCTEURS GUYOT, RENÉ SUZOR
CLAUDE BÉCLÈRE

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Médecine

A MES AMIS DE TOUJOURS JEAN ET ROBERT JUDET
Internes des Hôpitaux de Paris

A MES CAMARADES D'INTERNAT à ST-MAURICE

INTRODUCTION

Nous aurons simplement en vue, dans ce travail, la tuberculose cliniquement primitive du col de l'utérus, c'est-à-dire celle où une étude minutieuse des antécédents n'a pas permis de déceler, chez les malades, des traces d'un incident ou d'un accident quelconque pouvant être considéré comme une manifestation tuberculeuse, si bénigne soit-elle.

Certes, nous n'ignorons pas qu'en matière de tuberculose, pour affirmer qu'une lésion est vraiment primitive, les renseignements nécropsiques sont seuls recevables. Pourtant, même à l'autopsie, il est parfois impossible de trouver un foyer antérieur, ou de montrer qu'un foyer est postérieur à un autre.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'un examen soigneux des divers appareils, les investigations radiologiques et bactériologiques, l'évolution de l'affection, les comptes rendus opératoires, l'étude minutieuse des antécédents, permettaient d'établir que, dans certains cas, les lésions tuberculeuses du col pouvaient être, cliniquement, qualifiées primitives. D'ailleurs, de nombreux chirurgiens, au Congrès de 1933, ont indiqué que très souvent les cas de tuberculose génitale qu'ils opéraient leur paraissaient vraiment primitifs.

Nous nous sommes efforcés de réunir le maximum d'observations. Nous nous rendons bien compte qu'elles sont de valeur inégale, mais toutes nous ont paru pouvoir soutenir nos idées. Nous avons fait porter la plus grande partie de notre effort sur

la tuberculose primitive et localisée dont nous avons pu grouper 35 observations. Mais nous avons jugé qu'il était également indispensable de signaler et de discuter les cas où, à la tuberculose cliniquement primitive du col, s'ajoute l'atteinte d'une autre partie de l'appareil génital (annexes le plus souvent). Ce dernier point, de beaucoup le plus fréquent, ayant été excellemment étudié dans les thèses antérieures de Croll (1926) et Noboa (1930), nous avons estimé qu'il était inutile de reprendre leur travail et qu'il serait plus intéressant de rapporter des observations publiées un peu partout depuis 1927, que Noboa n'a pas eu l'occasion de signaler, ou qui sont postérieures à son travail. Nous en avons trouvé 9 qui nous paraissaient entrer dans le cadre de notre sujet.

Nous avons divisé nos observations de tuberculose localisée du col en deux groupes : celles que nous avons recueillies dans les thèses et les travaux d'ensemble, et celles que nous avons remarquées en fouillant la littérature médicale.

Nous devons à notre maître, le professeur agrégé Jean Quénu, une observation inédite de tuberculose du col qu'il a eu l'occasion, en 1933, d'observer avec le docteur Claude Bécère, dans son service de l'hôpital Bon-Secours. Bien que nous ne soyons que depuis peu de ses élèves, il a bien voulu nous permettre de la publier. Le Docteur Bécère nous a donné de précieux conseils.

Qu'ils veuillent bien, tous les deux, trouver ici l'expression de notre vive et respectueuse gratitude.

Mlle le Docteur Gauthier-Villars, chef de laboratoire à la Faculté, nous a permis de consulter ses fichiers et nous a indiqué un cas nouveau. Nous la prions très instamment de croire à notre très dévouée reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La tuberculose du col de l'utérus passe pour être une affection rare, et la littérature médicale actuelle, quoique s'étant considérablement enrichie dans les 25 dernières années, ne doit compter guère plus de 260 cas. Dans ce nombre, figurent toutes les manifestations de la tuberculose au niveau du col, qu'elle soit isolée ou associée à des lésions du corps utérin ou des annexes ou bien encore à d'autres manifestations bacillaires.

La tuberculose primitive passe pour être tout à fait exceptionnelle ; Estor, en 1932, estimait à 25 le nombre des cas publiés. Depuis, d'autres auteurs ont apporté leur contribution, et nous rapportons dans cette thèse 44 observations.

Les lésions tuberculeuses de l'utérus ont été étudiées depuis 1831. Morgani, toutefois, aurait décrit le premier cas vers 1744. Raynaud, en 1831, publie deux cas où la tuberculose de l'utérus et des annexes s'accompagne d'ulcérations du col manifestement de même nature. En 1842, Lisfranc en décrit le premier cas sous le nom de lésion scrofuleuse du col ; « les lésions scrofuleuses du col de l'utérus succèdent souvent à la fonte des tubercules qui règnent dans l'épaisseur des tissus malades ». Il considérerait cette tuberculose comme la plus fréquente de l'appareil génital de la femme.

Aran, en 1858, rapporte une dégénérescence tuberculeuse du col associée à une péritonite et à

une salpingite de même nature. Brouardel, en 1865, consacre sa thèse à la tuberculisation des organes génitaux de la femme, et contrairement à l'opinion de Lisfranc, il signalait que le col était très rarement atteint par la tuberculose. C'est en général à l'autopsie, écrit-il, que l'on reconnaît la tuberculose génitale de la femme, rien dans les symptômes n'avait attiré l'attention du côté de l'appareil sexuel.

En 1879, le Professeur Laboulbène décrit, à l'autopsie d'une malade phtisique, des granulations miliaires tapissant la cavité utérine et bordant l'orifice externe du col.

Koch, en 1882, découvrit le bacille de la tuberculose et permet d'isoler ainsi complètement cette affection. Cornil et Babès, en 1883, trouvent des bacilles de Koch dans une ulcération du col de l'utérus. En 1888, Cornil publie une description restée classique des métrites tuberculeuses et rapporte le cas d'une malade de Péan, opérée pour un cancroïde du col et chez qui l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une tuberculose.

Verneuil, en 1883, dans sa lettre au Professeur Fournier, soulève l'hypothèse que la tuberculose génitale chez la femme peut être le résultat d'une primo-localisation de l'infection bacillaire au niveau de cet appareil due à un contact suspect, à un coït. Ces mêmes idées sont reprises dans la thèse de son élève Verschere sur les portes d'entrée de la tuberculose et discutées par Fernet à la Société médicale des Hôpitaux, en 1884, et par Dobroklonsky en 1894 (Revue de la tuberculose).

A la suite de ces pionniers, les travaux se multiplient. Ce sont les communications à la Société anatomique de Thiercelin en 1889, de Lepetit en 1892, les thèses de Derville en 1887, Daurios en 1888, Nanard en 1892, pour ne citer que les prin-

ciales, qui traitent de la tuberculose génitale en général, et l'article de Vitrac en 1898, sur un cas de tuberculose végétante du col simulant un cancer.

A l'étranger, on peut citer les noms pour les pays de langue allemande de Friedlander 1873, Spaeth 1885, de Curt-Jani et Schutt 1889, d'Emmanuel 1893, de Meyer 1894, Von Franqué, Walther, Kaufmann en 1897, Wasmer, Driessen, Michaelis en 1898, Franck en 1899 ; dans les pays de langue anglaise, on trouve des articles, des observations de Williams 1892, de Mathews 1898, de Beyea 1899-1900, qui rapporte 69 cas, mais sans citer ses sources. En Italie, Giglio 1892, réunit 3 cas d'endométrite cervicale tuberculeuse que Ferrari complètera en 1903, par l'apport de 4 observations nouvelles.

Si la période comprise en 1831 et 1900 a été celle des recherches et des travaux personnels et de mise au point de la question, les années qui se sont écoulées depuis 1900 jusqu'à nos jours, ont vu la tuberculose du col de l'utérus prendre un rang important dans la pathologie génitale et susciter un nombre important de thèses et de travaux d'ensemble.

En 1900, Mlle Garovitz, que nous aurons l'occasion de citer plus loin, écrit une thèse remarquée sur la tuberculose génitale de la femme. Le Congrès International de Rome (1902) met la question à son ordre du jour, et Pollosson et Viollet publient un important mémoire en 1906. Entre temps, on avait noté des observations de Brouha (de Liège) en 1902, de Ferrari en 1903, de Glockner en 1901, de Lewers et de Croft en 1902, Brooks, Vineberg et Cullen en 1903, pour ne citer que les plus documentés. Tedenat fait une communication au Congrès français de Chirurgie de 1905 et inspire les thèses de Castany

et de Martin. La même année, Richelot fait une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. C'est ensuite l'importante thèse de Chaton (1909) qui réunit 89 cas de tuberculose du col, tant primitives que secondaires, précédée des thèses de Lannes Dehore (Lyon 1905) Castany et Martin (Montpellier 1905), puis les thèses de Rou-tier 1909, Veyrat 1910, Cayla 1912, Niepokjeracza (Genève 1912), Astrié (Lyon 1913-1914), Mme Finteclus (1913). Auparavant Popoff (1906) avait consacré un article à la Tuberculose primitive du col et du corps utérin (Vratch) et Alleaume dans sa thèse inspirée par Mauclair (1907-1908) étudie les rapports des malformations congénitales et des tumeurs de l'appareil génital avec la tuberculose de la femme. Lenormant (Progrès Médical 1909, N° 13) fait une mise au point de la tuberculose génitale de la femme, Desplas consacre un intéressant article à la tuberculose du col de l'utérus dans les Archives mensuelles d'obstétrique et de Gynécologie de 1912. Xavier Bender et Petit-Dutaillis ont l'occasion de rapporter plusieurs cas observés au cours des années précédentes, Tourneux et Villemur, à quelques jours des hostilités, décrivent une forme polypoïde.

La guerre de 1914-1918 vint interrompre la série des travaux sur la question. Elle sera reprise après guerre et de nombreux cas viendront s'ajouter à ceux antérieurement publiés. En France, il faut citer les thèses de Morvan et de Remilly 1920, de Croll 1926, de Noboa 1930 (cette dernière inspirée par Douay), l'important mémoire de Bonnet et Bulliard en 1931, le rapport de Brocq, Moulounguet et Gibert au Congrès de Chirurgie de 1933, la communication de Lantuéjoul à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1932, celle de Guyot au Congrès de 1933, les publications de Ferry 1931, Es-

tor et Baille 1932, Riche et Guibal en 1933. Veyrasat (*Presse Médic.*, 15 Sept. 1934).

A l'étranger, en Amérique, en Angleterre, en Italie, en Allemagne, en Amérique latine les publications se multiplient ; nous retiendrons celles de Moore 1919, Pawlosky Mars 1923, Bengoléa et Pawlosky 1926, Schmitt 1926, Bordogni en 1927, Guptmann de Calcutta, Ahumada et Prestini, Aguinada en 1928, White, Douglas et Riddlon 1929, Bortini, Ennio, Bishop, Harris en 1930 Dworzak, Dannenrenther en 1931, B. P. Watson en 1934. Entre temps l'important mémoire de Daniel en 1925 et dans le *Zentral Blatt für Gynecologie* d'Avril 1935, une intéressante observation de Beauvais.

Enfin, entre tous les travaux qui rendent notre exposé incomplet, il nous faut signaler ceux que nous n'avons pu consulter : les publications de Puccioni 1927, de Doriga 1928, d'Ahumada et Prestini 1929, de Rinezzi et Ferrazini 1933, de Russolillo, de Fichetti, de Nizza en 1934.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

La tuberculose du col de l'utérus est la moins fréquente des tuberculoses génitales de la femme.

Son pourcentage est même très réduit si on le compare à celui de même nature des voies génitales : la tuberculose des trompes est de beaucoup la plus fréquente ; viennent ensuite, par ordre décroissant, celle du corps, des ovaires, du vagin, et enfin du col. Toutefois, il est permis de remarquer qu'avec l'examen systématique des pièces opératoires, avec l'usage de plus en plus répandu de la biopsie, le nombre des cas publiés a subi chaque année une progression croissante.

Spaeth, en 1885, rassemble 6 cas de tuberculose du col sur 119 de tuberculose génitale. En 1900 Beyea en rapporte 69 sans malheureusement citer ses sources. Chaton, en 1908, réunit 87 cas, tant primitifs que secondaires, Moore — en 1919 — 119 cas dont une vingtaine de primitifs. Croll, en 1926, estime ces derniers au nombre de 25 environ ; Estor et Maille en 1932, au même chiffre à peu près. Bonnet et Bulliard, en 1931, pensaient que le nombre des cas publiés de tuberculose atteignait un peu plus de 200. Depuis la thèse de Noboa (1930) de nombreuses observations ont vu le jour un peu partout ; il est probable qu'il y a, à l'heure actuelle, 260 cas de lésions tuberculeuses cervicales qui ont été « officialisés » en quelque sorte par leur publication.

Ce chiffre est certainement inférieur à la réalité, soit parce que les cas rencontrés n'ont pas tous été publiés, soit parce qu'ils ont été étiquetés cancer.

Le chiffre total, néanmoins, est minime, si l'on songe au nombre des affections gynécologiques. Encore comprend-il tous les cas publiés de tuberculose du col, qu'elle soit primitive ou secondaire, isolée ou bien encore associée à des lésions de même origine des trompes ou du corps, souvent à la fois du corps et des trompes. Les cas de tuberculose primitive sont relativement peu nombreux. Nous ne pensons pas qu'ils atteignent, à l'heure actuelle, la cinquantaine. Aussi sommes-nous heureux d'en avoir réuni 44 dans ce travail.

*
* *

On ne laisse pas d'être frappé de la rareté globale de la tuberculose du col en regard de la fréquence des localisations salpingo-ovariennes. Noboa étudiant les statistiques de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca, signale 3 cas de lésions tuberculeuses cervicales pour 100 cas de lésions salpingo-ovariennes, ces dernières représentant environ 12 % du nombre des salpingites opérées. A vrai dire, si l'on se réfère au nombre total des cas de tuberculose du col, il est juste de remarquer que les cas cliniquement primitifs et localisés occupent un pourcentage assez important, 14 % environ.

Devant le peu de fréquence des cas de tuberculose du col, on s'est demandé si celui-ci ne jouissait pas d'une immunité exceptionnelle vis-à-vis du B. K. Sans aller jusque-là, il semble certain que la vitalité et la virulence du bacille de Koch se trouvent très atténuées lorsqu'il arrive, par la voie di-

recte qui semble la plus plausible et que nous aurons sous peu l'occasion d'examiner, dans la cavité vaginale. Hering, Stroganoff et White attribuent cette action à la présence d'acide lactique qui existe normalement dans la proportion de 0,75 %.

De plus, il est des conditions anatomiques et physiologiques qui suffisent à expliquer les difficultés que le B. K. éprouve à se fixer sur le col utérin. Histologiquement, le col est revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié qui forme une barrière assez difficile à franchir, s'opposant à l'envahissement facile de l'organe. Physiologiquement, une sécrétion glandulaire abondante isole ses parois, et enrobe dans sa masse les microbes qui s'évacuent, avec elle, au dehors. La muqueuse jouit en outre d'un pouvoir phagocytaire considérable : Mengue a infecté la cavité du col avec différents microbes et 12 heures après il lui fut impossible de retrouver des traces des agents pathogènes.

Quoiqu'il en soit, le col utérin arrive à être infecté par le B. K. Nous allons nous efforcer de démontrer dans quelles conditions.

I°) AGE. — Le dépouillement de nos observations nous apprend que si la tuberculose du col s'observe entre des limites assez éloignées, elle frappe surtout, avec un maximum de fréquence, la période d'activité génitale de la femme.

Nous relevons parmi nos observations :

a) Pour la tuberculose primitive et localisée au col (Groupe I) :

Au-dessous de 20 ans : 1 cas (15 ans)

De 20 à 30 ans : 13 cas.

De 30 à 40 ans : 9 cas

De 40 à 50 ans : 6 cas

De 50 à 60 ans : 9 cas

Au-dessus de 60 ans : 2 cas (64 et 72 ans).

1 cas âge non indiqué (Bodogni).

C'est-à-dire que 29 cas sur 35 se placent entre 15 et 50 ans et 23 entre 15 et 40 ans.

2 cas se sont déclarés après la ménopause.

b) Pour les formes primitives où l'atteinte du col s'associe à d'autres localisations génitales.

Entre 20 et 30 ans.... 3 cas.

Entre 30 et 40 ans.... 4 cas.

Au-dessus de 40 ans.. 1 cas.

Dans 1 cas (Bishop) l'âge n'est pas indiqué mais la malade est ménopausée depuis 2 ans.

II°) AGE DE LA FORMATION ET HÉRÉDITÉ. — D'après nos observations :

a) Groupe I (tuberculose primitive et localisée):

Dans 20 cas, l'âge des premières menstruations n'a pas été indiqué.

Dans 6 cas, elles ont eu lieu entre 12 et 14 ans.

Dans 2 cas, à 15 ans.

Dans 5 cas, entre 16 et 19 ans.

Dans 2 cas, il n'y a jamais eu de menstruation.

Ainsi donc, dans 15 cas, nous possédons l'âge des premières règles. Si l'on considère que leur apparition se fait normalement entre 12 et 14 ans, nous constatons que dans 2 cas sur 15 (près de 14%) elle a été semi-tardive, dans 5 cas (33 %) tardive, dans 2 cas (près de 14 %) inobservée, et dans 6 cas (40 %) normale.

b) Groupe II (Association d'une lésion du col et d'une autre lésion génitale).

La menstruation n'a été précisée que 2 fois, elle a alors eu lieu à 13 ans et 14 ans.

Dans 7 autres cas, l'âge des premières règles n'est pas indiqué. On ne saurait donc tirer de conclusions.

On a dit que la lésion tuberculeuse se développait chez des individus prédisposés, filles ou sœurs de tuberculeux. Sur les 44 femmes qui font l'objet de nos deux groupes d'observations, nous remarquons que :

1°) Sur 35 cas de tuberculose bien localisée au col :

7 femmes (près de 20 %) n'ont absolument aucun antécédent suspect.

19 (60 %) ne signalent rien de particulier dans leurs antécédents héréditaires.

8 (20 %) ont eu qui une mère, qui un père, parfois tous les deux, celle-là une sœur, ayant eu des manifestations tuberculeuses bien qu'elles-mêmes soient indemnes ;

2°) Sur 9 cas de tuberculose associée (T. du col plus autre manifestation génitale) :

5 n'ont aucun antécédent signalé (on ne possède pas de renseignements).

2 n'ont aucun antécédent suspect.

2 ont des antécédents suspects (l'une son père, l'autre sa mère).

Il nous paraît intéressant de signaler que sur 8 malades à tuberculose localisée du col présentant des antécédents héréditaires :

4 ont été réglées tardivement (15 - 16 - 16 - 17 ans).

1 normalement à 13 ans.

Pour 3 on ne possède aucun renseignement sur la première menstruation.

Aussi est-il permis de se demander si, dans une certaine mesure, la maladie tuberculeuse des parents n'a pas déterminé chez leur fille une « intoxication ovariennne lente à se dissiper (ce qui expliquerait l'apparition tardive des règles) ne s'accompagnant d'aucune lésion des ovaires et des trompes comme le prouve le protocole opératoire. Ces constatations se rapprochent de celles de Mlle de Jong, qui, étudiant les troubles des règles et l'aménorrhée chez les tuberculeuses, tant au cours d'interventions qu'au cours d'autopsies, a remarqué très rarement, aussi bien macroscopiquement qu'histologiquement, des lésions de l'ovaire.

Action des traumatismes.

Sur 35 malades à tuberculose localisée au col, 12 sont des multipares (certaines même de grandes multipares) 15 sont des nullipares (4 vierges, 1 présumée telle, 9 sans grossesse). Pour 8, on ne rencontre aucune indication. Sur les 9 malades qui ont une tuberculose du col plus une autre lésion génitale, 2 seulement sont signalées comme ayant des enfants (1 primipare et une 4^e pare).

Si nous ne nous en tenions qu'à notre statistique, il serait facile de conclure que la tuberculose du col frappe surtout les nullipares. A la lecture d'autres ouvrages, il n'en est rien et certains auteurs, qui l'ont rencontré plus fréquemment chez des femmes ayant eu des maternités, incriminent sinon comme cause efficiente, du moins comme cause favorisante, le traumatisme obstétrical, qu'il s'agisse d'un accouchement à terme ou prématuré, ou bien d'une banale fausse couche. On conçoit facilement en effet qu'à la faveur de l'accouchement, le B. K.

se développe plus facilement sur les tissus contus, éraillés, très congestifs, ayant fort à faire pour se défendre contre les infections banales du post-partum. Mais le même bacille se développe aussi bien sur le col obstétricalement intact d'une nullipare.

Le rôle de l'accouchement, tout comme celui de l'avortement, est impossible à préciser. Chaton signale plusieurs observations où la tuberculose du col se développe à la suite d'un accouchement, et Brook un cas survenant 9 mois après. Pour ne nous en tenir qu'à notre travail, nous constatons que dans 3 cas, les troubles fonctionnels qui ont amené la malade à consulter se sont déclarés pour le premier quelques semaines après l'accouchement et, dans les autres, aussitôt après l'avortement.

Les rapports sexuels ont été également invoqués comme cause favorisante. Dans le cas de Remilly, la malade, dès sa nuit de noces, a présenté des pertes sanguines. Faut-il admettre dans ce cas l'existence d'une tuberculose latente qu'aurait révélée le traumatisme conjugal ?

Hormis la malade de Dworzak, qui présentait une légère hypoplasie de sa région génitale externe, aucune de nos observations ne signale de malformations congénitales (hypoplasie utérine, atrésie du col et du vagin qui ont été signalées par Landouzy et Fournier, Thomson et Alleaume). Une des malades de Guptmann avait toutefois un utérus $3/4$ de la taille normale.

Pathogénie. — Telles sont les causes favorisantes de la tuberculose du col utérin. Etant donné qu'il s'agit d'une lésion cliniquement primitive (du moins dans nos observations), il serait extrêmement séduisant de la considérer comme une affection vénérienne transmise par le mari. Cette théorie de la

transmission par le coït a été extrêmement discutée tant en France qu'à l'étranger. Si le mérite de la conception en revient à Conheim, du moins ce sont des Français : Verneuil, Verchère, Fernet, qui, par leurs travaux et les discussions qu'ils provoquèrent surent en imposer la démonstration.

Il est juste de faire remarquer qu'il ne s'agissait pas seulement de la tuberculose du col, mais bien de la tuberculose génitale de la femme. Le raisonnement s'applique également à la tuberculose primitive du col, localisée ou associée à une autre manifestation génitale ; et l'hypothèse la plus plausible est *a priori* celle de la contagion génitale.

Cette contagion peut se faire dans 2 cas bien distincts :

a) *Le mari présente des lésions de son appareil reproducteur* (testicule, épидидyme, prostate, vésicules séminales). — Dans ce cas, il est facile de concevoir que le sperme peut contenir des bacilles. D'ailleurs Cornil, Deville, Landouzy et Martin ont bien mis en évidence la présence de B. K. dans cette circonstance. Il s'agit sans doute d'une coïncidence très rare car, étant donné le nombre d'hommes porteurs de lésions génitales tuberculeuses, la tuberculose primitive devrait être extrêmement fréquente ! Chaton l'a observée 2 fois sur 87 cas.

Nous n'en avons que 2 observations (Glokner et Lantuéjoul) mais celle de Lantuéjoul est bien démonstrative à cet égard. Mais d'autres auteurs (Bouffe, Astrié, Murphy, Derville, Pfannenstil, Prochowski, Kelly, Merletti, etc) l'ont signalé dans une dizaine de cas.

Aussi conviendrait-il d'examiner systématiquement le mari lorsque la femme présente une lésion génitale tuberculeuse. L'évolution des préjugés n'a

pas encore rendu possible cette pratique dans une large mesure.

b) *Le mari est tuberculeux, mais sans lésions de son appareil génital.* — C'est un cas que nous avons rencontré plusieurs fois dans nos observations, d'ailleurs presque tous les auteurs le signalent : des femmes ont vécu avec leurs maris atteints le plus souvent de tuberculose pulmonaire et elles ne présentent que des lésions génitales.

Il résulte d'observations certaines et d'expériences confirmatives que le sperme de certains tuberculeux peut contenir des bacilles en dehors de toute lésion apparente de l'appareil mâle. Fernet et Derville, Foa ont les premiers mis en évidence cette notion. Curt Jani, après examen négatif du sperme de certains tuberculeux, a décelé des bacilles dans leurs testicules (6 fois sur 8) ou dans leur prostate (4 fois sur 6).

Walther, en revanche, n'observa pas et nia l'existence des bacilles. Ces résultats négatifs d'ailleurs ne prouvent rien ; n'opère-t-on pas un rein tuberculeux même si l'examen direct n'a pas montré la présence de B. K. lorsque tous les autres moyens d'investigation ont conduit à ce diagnostic et n'en trouve-t-on pas la vérification sur la pièce opératoire ? D'ailleurs, la question des ultra-virus tuberculeux actuellement à l'étude n'est pas faite pour donner raison à Walther. Quoi qu'il en soit, Landouzy, Martin, Siréna et Pernice, Salles, Maffucci, Joeckh ont prouvé que le sperme ou le tissu d'organes génitaux de phtisique, en apparence sains, injectés dans différentes conditions provoquaient la tuberculose chez les animaux. Westermayer d'Erlangen, et Rholf, par le même procédé n'arrivent pas à tuberculiser des animaux. Il est vrai que ce dernier s'adressait à la chèvre qui passe pour être

très réfractaire à l'éclosion de la tuberculose. Néanmoins, Le Dentu, en 1899, écrivait déjà que la réalité de l'infection ascendante par le conjoint tuberculeux, en dehors de lésions locales, paraissait bien démontrée.

Cornil et Dobroklonsky, Popoff, Murphy (Am. Journal of Gyneco., 1904) et Mlle Gorowitz dans sa thèse, ont montré qu'il était impossible expérimentalement d'infecter le vagin et le col en y déposant des cultures de B. K. si la muqueuse est saine. Mais qu'il vienne à exister une éraillure, une plaie, une solution de continuité de cette muqueuse et la contagion devient possible. Ainsi expliquerait-on l'éclosion de la tuberculose sur un col atteint d'une infection quelconque, gonococcique le plus souvent, l'influence d'un accouchement, d'une fausse couche, de rapports sexuels, etc.

De même Bauereisen et Baumgarten ont montré qu'il était possible d'obtenir directement une tuberculose génitale. Bauereisen a déposé des cultures virulentes de tuberculose bovine, soit dans le vagin, soit dans l'utérus de cobayes femelles et dans 9 cas sur 19, il y a eu extension du processus tuberculeux à la cavité utérine et aux trompes.

Enfin, les partisans de l'infection directe et ascendante ont tiré profit d'un article du professeur Forgue de Montpellier, dans le *Paris Médical* (1922). Le professeur Forgue estime qu'en faveur de ce mode de contagion, militent de nombreux arguments :

les uns d'ordre clinique^o : la bilatéralité des lésions annexielles, l'endométrite et l'endosalpingite tuberculeuse, la rareté de la tuberculose de l'ovaire, la perméabilité fréquemment conservée de l'orifice abdominal des trompes ;

les autres expérimentaux : les expérimentateurs

ont très rarement réussi à obtenir une salpingite tuberculeuse en infectant les animaux par voie sanguine, tandis qu'ils l'obtenaient très facilement par voie intra-utérine ou vaginale.

Enfin, des arguments anatomo-cliniques : les lésions remontent de l'endomètre vers la muqueuse tubaire ;^r tandis qu'au niveau de l'utérus on trouve assez souvent des lésions de caséification et d'ulcération, sur les trompes les lésions sont plus jeunes, l'épithélium à peu près intact, le chorion est infiltré, mais il n'y a pas d'ulcération. Les ovaires sont plus ou moins sains.

Mais Forgue n'adopte pas uniquement la thèse ascendante et il donne également de bons arguments en faveur de la théorie descendante. Nous nous devons de les signaler.

Il montre la facilité de l'infection de la muqueuse utérine par la voie descendante grâce aux règles et aux sécrétions venues des trompes. L'infection ascendante remonterait à contre-courant, gênée par l'hémorragie et la desquamation de l'épithélium utérin qui, à chaque période menstruelle, balayent la cavité et tendent à entraîner les bacilles qui auraient pu remonter.

Mais la voie génitale ascendante n'est pas la seule qu'on puisse retenir. Même en dehors de tout foyer primitif, la voie sanguine a beaucoup de partisans et peut expliquer des lésions pour qui la voie ascendante ne saurait être retenue. Admise par tout le monde, nous n'y insisterons point. Elle nous semble d'autant plus plausible que l'on sait aujourd'hui qu'il existe des bacillémies tuberculeuses qui ne se traduisent par aucun trouble et qui n'ont pas de foyer de départ. Les bacilles en paraissent atténués et peu virulents et s'éliminent par l'urine sans s'être fixés sur un organe. Dans le cas qui nous occupe,

si le col set le lieu d'une infection qui diminue sa résistance, les B. K. s'y développeront et ce sera là l'origine d'une lésion tuberculeuse de cet organe.

Parmi les causes plus rares d'infection, il nous faut signaler, chez les tuberculeux, le coït buccal et la lubrification pénienne par la salive (Hammer cité par Veyrat).

Il existe bien des cas, en particulier chez les vierges dont nous rapportons 4 observations, où l'on ne peut mettre en évidence une étiologie génitale ou sanguine.

On a incriminé l'apport dans les voies génitales inférieures de produits bacillifères. Ce peut être le fait de la malade elle-même (par objets souillés, canules, mains ayant touché des objets contaminés chez des femmes soignant des tuberculeux pulmonaires, osseux ou intestinaux) ou encore celui du médecin ou de la sage-femme à l'occasion d'un toucher, de manœuvres exploratrices ou opératoires (Jacobs après exploration médicale, Peter Müller après la mise en place d'un pessaire). Eu égard à la rareté des cas signalés, on peut dire que le mode médical est exceptionnel.

Fabricius rapporte l'observation curieuse d'une jeune fille qui avait introduit une épingle à cheveu dans son rectum et blessé le col à travers la paroi recto vaginale. Au point piqué, se développe une tumeur qu'au microscope on reconnaît pour être tuberculeuse ! Ce mode de contagion — évidemment pas par le même objet — devrait être assez fréquent chez les débiles mentales et les perverses sexuelles. Dans ce même ordre d'idée, il nous faut signaler que Sippel et Prochowick attribuent l'apport bacillaire à une cause qui, pour être rare, n'en est pas moins possible : la masturbation. Vineberg soupçonne fortement sa malade de s'être livrée à cette pratique.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose du col frappe surtout les muqueuses, le plus souvent au niveau du museau de tanche, plus rarement au niveau du canal cervical ; très rarement elle atteint d'emblée l'épaisseur du parenchyme cervical, la zone musculaire. Aussi la forme interstitielle est-elle exceptionnelle.

La muqueuse endocervicale paraît offrir moins de résistance au développement des lésions. Si les lésions^c paraissent, macroscopiquement, plus fréquentes au niveau du museau de tanche, on constate assez souvent qu'elles sont, histologiquement, développées au niveau de la muqueuse endocervicale.

A) AU NIVEAU DU MUSEAU DE TANCHE

On peut décrire avec Pozzi trois formes : une forme miliaire, une forme ulcéreuse, une forme papillomateuse ou végétante.

a) Nous envisagerons d'abord *la forme miliaire* : elle est très rare et a été exceptionnellement décrite. Elle ne serait qu'une forme de début, ou bien, simplement, une localisation, un épiphénomène au cours d'une granulie plus ou moins généralisée. Le simple fait d'avoir envisagé la forme primitive et localisée, au col utérin, de la tuberculose l'élimine

du cadre de notre travail. Néanmoins, pour être complet, nous signalerons qu'elle apparaît, sur le fond rouge du col, comme formée de petites saillies, plus ou moins nombreuses, hémisphériques ou plates, parfois ulcérées ou bien déprimées en leur centre, transparentes ou au contraire jaunâtres si elles sont en voie de caséification.

Histologiquement, elles représentent la lésion spécifique : au dessous de la muqueuse, entre les tubes glandulaires, existent, assez peu nombreux d'ailleurs, les follicules typiques avec cellule géante centrale entourée d'une double couronne de cellules épithélioïdes.

b) *La forme ulcéreuse* est de beaucoup la plus fréquente. Elle peut être l'aboutissant des lésions ci-dessus décrites. Il s'agit d'une ulcération d'étendue variable selon les cas, tantôt unique, tantôt multiple (et alors résultant de la confluence de petites ulcérations) pouvant parfois s'étendre jusqu'à la cavité cervicale. Le fond en est rouge, plus ou moins foncé, granuleux, ou mamelonné, les bords irréguliers, festonnés, parfois taillés à pic (quand ils résultent de l'ouverture d'une gomme profonde) parfois décollés.

Microscopiquement, l'épithélium a disparu, des follicules pénètrent dans le chorion et cet envahissement tend à faire disparaître les glandes, soit en partie, soit totalement. Elles peuvent présenter des aspects de métaplasie avec hypertrophie cellulaire (Bulliard).

L'infection secondaire est fréquente, et, sous son influence, cette forme peut se modifier et prendre l'aspect hypertrophique. Cette hypertrophie est liée à l'infiltration de la muqueuse par des cellules inflammatoires contenant de nombreux polynuclé-

aires, à la présence de petits bourgeons charnus très infectés, séparés par des ulcérations peu profondes. L'augmentation de volume du col paraît surtout tenir à l'important œdème inflammatoire de la zone fibro-musculaire.

Il est préférable de désigner cette forme sous le nom d'ulcéro-hypertrophique plutôt que sous celui de végétante, car la végétation n'est qu'une apparence, la lésion tuberculeuse étant surtout destructive ainsi que le confirme la disparition des glandes.

c) *La forme végétante et papillomateuse* rappelle le cancer avec qui, d'ailleurs, elle est souvent confondue. Elle se traduit par des masses bosselées, bourgeonnantes et friables, d'aspect framboisé, plus ou moins pédiculées, à surface saignante (Lewers).

Au microscope, ces végétations fongueuses sont constituées par des glandes sinueuses à disposition adénomateuse. L'épithélium des papilles est modifié, celles-ci fréquemment soudées, le stroma infiltré de follicules tuberculeux.

B) AU NIVEAU DU CANAL CERVICAL

On peut y rencontrer* : la forme ulcéreuse, la forme végétante. Dans la première, la perte de substance peut être très étendue (Cf. Observation de Brouha, citée par nous n° 16).

La forme végétante se traduit par des arborisations, des fongosités, sans qu'on puisse à vrai dire parler de tumeur. Ces végétations sont molles, saignantes, baignées d'un écoulement vaginal plus ou moins fétide où l'on retrouve des débris de membranes.

Douay a très bien décrit un de ses aspects cliniques : une forme polypeuse où les bourgeons peuvent donner naissance à une masse polypoïde apparaissant à l'orifice externe.

Il est classique d'ajouter *la forme catarrhale* décrite par Schutt (Gazette des Hôpitaux, 1907), forme très rare (l'observation initiale serait à peu près la seule) caractérisée par une intense congestion de la muqueuse et un catarrhe abondant. Les lésions sont localisées à l'épithélium superficiel et aux glandes. On y trouverait de nombreux bacilles..

C) LA FORME INTERSTITIELLE

Très rare, décrite par Chaton et Petit-Duthailis. Il n'y aurait que quelques cas de publiés (4 de Chaton, 1 de Petit-Dutaillis).

Harris, en 1930, a rapporté une observation de tuberculose interstitielle du col chez une femme présentant des lésions pulmonaires anciennes aux rayons X.

Petit-Dutaillis s'exprime ainsi : Elle est caractérisée au début par un semis de nodules tuberculeux dans l'épaisseur de la paroi fibro-musculaire. La surface vaginale du col présente un aspect mamelonné, qui, pour cet auteur, serait un signe absolument caractéristique et quasi-pathognomonique de la lésion.

Tout au moins au début, les muqueuses sont respectées, le revêtement muqueux à peine exulcéré ou desquamé par place.

A la coupe, le col apparaît bourré de nodules tuberculeux, à des stades divers d'évolution, parfois caséifiés (Chaton). Dans la suite les lésions s'é-

tendent, se fistulisent, ou donnent des ulcérations plus ou moins grandes. Autour de ces lésions se produit un développement considérable du tissu fibromusculaire de la paroi cervicale, ce qui explique que le col puisse devenir très volumineux.

En 1907, Cotte, dans la Gazette des Hôpitaux, signale une *forme inflammatoire, pseudo néoplasique*.

Cette forme, dont on ne connaît qu'une seule observation, est très discutée, car son affirmation est cliniquement basée sur un séro-diagnostic pour la tuberculose positif. Il s'agit d'un gros col, avec hyperplasie des glandes et de la sous-muqueuse, mais sans formation histologique tuberculeuse.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Il n'y a pas de signes caractéristiques de la tuberculose du col et ce fait explique qu'elle soit souvent confondue avec un cancer ou une métrite banale. Quelques auteurs — V. Bender possède à ce propos deux observations démonstratives — dont l'attention avait été déjà éveillée, ont pu la soupçonner ; mais seule la biopsie a, jusqu'ici, permis un diagnostic certain. Cependant, il conviendra de se méfier d'une métrite du col particulièrement tenace ou récidivante, présentant des accalmies ou des améliorations de longue durée, pouvant en imposer pour la guérison suivies de la reprise de l'évolution.

Nous examinerons successivement les symptômes fonctionnels qui amènent la malade à consulter et les signes physiques, en disant bien que, devant ces derniers, le médecin croit le plus souvent à un cancer.

A) SIGNES FONCTIONNELS

Ils sont parfois banaux aux affections gynécologiques.

LEUCORRHÉE. — La leucorrhée a été très fréquemment notée. Remilly la signale dans plus de 50 % des cas et nous-mêmes avons pu la constater

dans la plupart de nos observations. Souvent elle a préexisté à l'éclosion des accidents et bien des femmes ont signalé de la leucorrhée intermenstruelle. Il s'agit de pertes jaunâtres, glaireuses, parfois fétides, souvent striées de sang (et nous insisterons au diagnostic sur ce caractère) et, fait qui doit attirer l'attention, elles sont particulièrement tenaces, même après application de Filhos (Douay). Une des malades de Bender présentait, en plus, des crises abondantes d'hydrorrhée qui la soulageaient d'ailleurs.

HÉMORRAGIES. — Il est habituel de dire qu'elles sont moins fréquentes et bien moins abondantes que dans le cancer du col. Pour notre compte, nous pensons que les pertes sanguines sont moins rares qu'on a bien voulu le dire. Elles surviennent parfois après un coït, éveillant l'inquiétude de la malade, après un traumatisme plus intense, un examen par exemple ; parfois aussi spontanément, après une promenade, comme dans l'observation de Quénu et Cl. Bécère.

A la lecture des observations, nous avons retenu que souvent l'hémorragie avait été le signe capital de l'affection, tantôt isolée, tantôt associée à la leucorrhée, dans plusieurs cas elle avait pris la forme de ménorragies et même de métrorragies.

Dans nos observations avec hémorragie spontanée ou provoquée, nous avons presque toujours observé la forme ulcéreuse de l'affection. Certains auteurs ont pourtant signalé que les hémorragies étaient plus fréquentes dans les formes végétantes.

Les hémorragies traumatiques, en général minimes, doivent éveiller l'attention. Le plus souvent elles aiguillent le médecin vers le diagnostic d'une affection maligne du col ; quand on sait la fréquen-

ce et la rapidité du cancer du col, on se rend compte de son importance et jusqu'au résultat de la biopsie, il faut maintenir ce diagnostic, quitte à en changer.

D'ailleurs, ces hémorragies se rencontrent aussi dans les métrites très intenses et il faut bien se garder de les sous-estimer. Toutefois, lorsque leur apparition remonte à plusieurs mois, voire même plusieurs années (2, 4 et 5 ans) il est permis de songer à la tuberculose, l'évolution du cancer étant bien plus rapide et se chiffrant en quelques mois.

TRoubles DES RÈGLES. — Comme dans la plupart des affections gynécologiques et des tuberculoses génitales, les troubles des règles sont fréquents. Il peut s'agir simplement d'irrégularité de la menstruation, d'oligoménorrhée ou au contraire de véritables ménorragies, parfois d'aménorrhée. Dans les observations de Vineberg, de Dworzak, de Lantuéjoul et d'Aguinada, l'aménorrhée était le symptôme principal. Dans les 2 premières, il s'agissait de jeunes filles de 25 et 26 ans, qui n'avaient jamais été réglées, dans celle de Lantuéjoul d'une jeune femme de 28 ans qui présentait une aménorrhée depuis 5 ans (date de son mariage) dans celle d'Aguinada d'aménorrhée depuis plusieurs mois. Peut-être ne s'agit-il que d'une coïncidence^o: dans ces 4 cas aménorrhéiques, on a trouvé une forme végétante.

Enfin, il nous faut indiquer que dans 25 % des cas environ, les malades ont été réglées tardivement. Plusieurs à 15 ans, d'autres à 17, 18 et même 19 ans.

DOULEURS. — Les malades accusent souvent des douleurs. Parfois, elles n'ont pas de caractère particulier ; au contraire, ailleurs, par leur situation ou leurs irradiations, elles peuvent faire soup-

çonner une autre affection abdominale, génitale, voire même osseuse.

Lorsqu'elles sont spontanées, elles peuvent revêtir le type de pesanteur abdominale, lombaire, ou sacrée avec irradiation crurales. La malade peut les localiser dans la fosse iliaque droite, la région hypogastrique ou la fosse iliaque gauche (Obs. Brouha) ou bien au contraire au niveau de l'utérus et du col.

Parfois aussi, ce n'est que l'examen gynécologique qui réveille la douleur à la mobilisation du col. Il est vraisemblable qu'elle est due soit à de la lymphangite pelvienne, soit à des réactions salpingiennes qui ne sont pas forcément tuberculeuses.

Signes Généraux. — Ils sont souvent absents ou très peu marqués. L'état général est excellent dans la forme primitive (et surtout quand elle est bien localisée au col) que nous avons envisagé. Cependant, à 3 ou 4 reprises, nous avons noté de l'amaigrissement et de l'anémie. On recherchera avec soin les signes possibles d'imprégnation bacillaire : légères réactions fébriles, sueurs nocturnes, amaigrissement, hypotension artérielle. Enfin, tant au point de vue de l'intérêt du diagnostic de tuberculose primitive qu'au point de vue du pronostic de l'affection, il conviendra de mettre en œuvre les moyens de dépistage radioscopique et bactériologique pour prouver l'intégrité apparente des autres organes.

De même, pour ne nous en tenir qu'aux cas cliniquement primitifs, il nous a fallu éliminer tout ce qui, dans les antécédents, pouvait traduire l'existence d'un foyer antérieur : adénite, pleurésie, lupus, suspicion d'un foyer, etc.

C'est ainsi que nous n'avons pu retenir les très belles observations de Vitrac et de Fleury, nous

aurons l'occasion de reparler de cette dernière à propos du traitement. Il nous faut d'ailleurs reconnaître que nous avons eu à éliminer d'assez nombreuses observations entachées^e d'accidents antérieurs nets ou de manifestations que l'évolution des conceptions pathogéniques a montré tuberculeuses.

Les signes physiques sont variables avec la forme anatomique de la tuberculose. Aussi l'indication d'un examen complet, même sous anesthésie, est-elle absolue, et les renseignements fournis par le toucher devront être d'abord contrôlés par la vue, au spéculum.

LE TOUCHER. — Après un interrogatoire soigneux sur les incidents fonctionnels, on pratiquera, doucement, prudemment, le toucher. On tirera d'abord d'un examen rapide une impression générale, puis l'attention se portera sur l'état, non seulement du corps, mais des annexes.

Presque toujours, le col apparaît augmenté de volume, irrégulier, ou bien creusé par une ulcération, ou bien au contraire masqué par des végétations. Souvent le doigtier revient chargé de pertes glaireuses, ou purulentes, ou même sanglantes, parfois fétides, faisant craindre le cancer du col. Les granulations miliaires, exceptionnelles d'ailleurs, passent en général inaperçues et tout à fait rarement donnent une sensation de grains de plomb enchâssés dans la muqueuse.

S'agit-il d'une forme interstitielle ? Le col hypertrophié, mamelonné, paraît bourré de nodosités, nous dirions presque de « noisettes ».

Parfois, l'examen au doigt permet de sentir une masse polypeuse accouchée dans l'orifice du col. Il faudra d'ailleurs se garder de faire le diagnos-

tic de polype banal, car il y a peu de caractère différentiel (tout au plus peut-on dire que le polype tuberculeux est plus gros et moins lisse que le muqueux) et après l'extirpation du polype, il sera sage de confier la pièce à un histologiste.

Plus fréquemment, le toucher indique l'existence d'une ou plusieurs ulcérations. Le plus souvent l'ulcération est unique, mais on a observé (Obs. Brouha) plusieurs petites pertes de substance ; dans ce cas, entre chaque lésion tuberculeuse, il y a un espace de tissu sain. Un examen attentif permet de distinguer qu'il n'y a pas d'induration, signe important à retenir, qu'il est classique d'indiquer.

Mais dans quelques cas, le toucher ne permet pas de ne pas songer à l'épithélioma, d'autant plus que le saignement provoqué n'est pas particulier au néo. C'est dans ces *formes végétantes* que l'on a l'impression d'une masse exubérante, assez lisse, un peu vallonnée, parfois friable, mais souple et élastique, de limite nette au doigt explorateur. On sent le bord de la lésion, puis en retrait le tissu sain avec sa consistance ferme habituelle. Quelquefois, l'hypertrophie du col est si considérable qu'elle masque l'ulcération.

Enfin, pour être précis, on n'oubliera pas d'examiner, au besoin sous anesthésie générale, chez des malades pusillanimes ou à parois épaisses, ou bien qui se défendent :

1° *Le corps utérin.* — Dans la forme localisée, il est en général petit, mobile, sans douleur ; on s'attachera à préciser sa consistance ; un utérus un peu gros, mou, douloureux à la mobilisation, devra nous faire craindre l'extension du processus.

2° *Les annexes.* — En cas de tuberculose primitive et localisée, elles ne sont pas perceptibles ;

les culs-de-sac sont souples et indolores, mais parfois il peut s'agir de lésions inflammatoires simplement banales si l'on rencontre un utérus un peu plus gros, des annexes plus ou moins volumineuses. C'est un indice à redoubler de vigilance et si l'on opère à préférer la voix haute moins aveugle, car les annexes peuvent être tuberculeuses et une hystérectomie vaginale pourrait risquer de les déchirer et d'ensemencer le péritoine. D'ailleurs les comptes rendus opératoires sont là pour nous apprendre la modestie, car bien souvent l'examen histologique décèle des lésions génitales associées qui, cliniquement, sont imperceptibles.

LE SPÉCULUM. — Dans tous les cas où l'on sent quelque chose « d'anormal », on ne laissera pas la malade descendre de la table gynécologique sans avoir complété les renseignements obtenus au toucher (et à plus forte raison s'il s'agit de vierges) par ceux fournis à l'examen direct. Tout col « suspect » devra être vu.

Nous insisterons peu *sur la forme miliaire*. Elle est très rare, ou alors devant l'état général de la malade, on réduit l'examen au strict minimum. Sur le col, rouge, assez souvent hypertrophié, on apercevrait de petites granulations transparentes ou jaunâtres si elles sont en voie de caséification.

A-t-on affaire à *une forme ulcérée* ?

Au niveau du museau de tanche qui est rouge, on trouve une ou plusieurs ulcérations de dimensions variables qui, parfois, peuvent détruire le col jusqu'à l'insertion vaginale (Pollosson). Le fond est granuleux, la surface présente quelquefois des taches blanc-jaunâtres, d'aspect caséeux. Les bords sont irréguliers, festonnés, certaines fois taillés à

pic, ou bien décollés, répondant à la description classique des ulcérations tuberculeuses.

Le fond peut être rouge, assez foncé, violacé ou grisâtre. Plus souvent, il est pâle, plus pâle, paraît-il, que dans les observations néoplasiques. La muqueuse en dehors de l'ulcération est plus ou moins infiltrée. Douay, dans la thèse de Noboa, et dans différents articles, a insisté sur le fait que la limite de l'ulcération est nette. La muqueuse adjacente est saine. Pollosson, pour s'en rendre compte, conseille de la déprimer avec une pince à pansement. Exceptionnellement, le même auteur a observé que l'ulcération pouvait être indurée, mais qu'elle est toujours plus souple que dans le cancer. Quelquefois, ces ulcérations présentent sur leur fond un bourgeonnement végétant (ulcérations papillomateuses de J.-L. Faure). Seule la vue permet de les différencier sûrement d'avec celles d'un autre type anatomoclinique :

La forme végétante ou papillomateuse. — Le col est hypertrophié, énorme, rouge vif ou violacé. Les végétations molles, rouges, friables, mais bien plus lisses, plus arrondies, plus régulières que les végétations néo-plasiques. Autour de la lésion se voit du tissu sain d'aspect normal. Parfois, leur aspect peut être quelque peu irrégulier (Cornil). Il peut encore s'agir de mamelons rouges et irréguliers ou même de véritables choux-fleurs dont le volume peut atteindre celui d'une pomme. Par endroits, on peut apercevoir des ulcérations qui ont tendance à saigner au contact, mais ne sont pas en général indurées.

Dans la tuberculose endocervicale, le col est hypertrophié, mais l'orifice externe est longtemps fermé. Puis, peu à peu, les lésions le gagnent, il

s'ulcère, s'entr'ouvre, permet l'introduction du doigt, et la pression peut en faire sourdre du pus (Bortini). Les lésions cervicales peuvent être très étendues comme dans l'observation de Brouha.

Dans certains cas, le toucher a « révélé » un polype, que l'on veut voir au spéculum, masse végétante, rouge, à l'orifice externe. Mais l'examen sous le contrôle de la vue, peut montrer aussi une forme ulcéro-polypeuse, caractérisée par l'existence d'une ulcération de la cavité cervicale et, à l'orifice externe, de la masse polypeuse.

Nous devons citer, bien que nous ne l'ayons pas rencontrée, la forme interstitielle bien décrite par Chaton. Le col est gros, hypertrophié, au point parfois qu'il peut apparaître à la vulve. Si, anatomiquement, les lésions commencent en plein parenchyme, il n'en est pas moins vrai que dans la suite de l'évolution, elles pourront déterminer des trajets fistuleux et des ulcérations.

Nous n'avons pas eu l'occasion de lire des cas de tuberculose catarrhale de Schutt, ni inflammatoire de Cotte.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de tuberculose du col de l'utérus est un de ceux auxquels on ne songe pas, obnubilé que l'on est par le cancer, et que vient révéler la biopsie ou l'examen de la pièce opératoire. Il est très difficile à établir sur les seules données de la clinique dont aucune n'est caractéristique. Williams Whibridge estime que 75 % des tuberculoses génitales globales passent inaperçues avant l'intervention. Que peut-on penser alors des tuberculoses du col ? Combien, avant la biopsie systématique des cols douteux ou suspects, ont dû être étiquetées épithélioma ou métrite banale ? Il est vraisemblable que les cas de cancer du col dont la guérison aurait été obtenue par une intervention économique n'ont été, en réalité, que des tuberculoses (Moore).

Le plus souvent, le diagnostic de tuberculose du col est une surprise de l'examen histologique. Xavier Bender, dans la seconde de ses observations que nous rapportons, a pu être amené à le soupçonner par similitude avec un autre cas observé peu de temps auparavant et surtout parce que l'aspect n'était pas franc : ni celui d'un cancer, ni celui d'une métrite.

La douleur, la pesanteur abdominales, les pertes se rencontrent dans presque toutes les affections des voies génitales. De même les formes anatomiques de la tuberculose du col peuvent se rencontrer dans d'autres lésions que nous aurons, plus loin, l'occasion de discuter.

A) DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic certain de tuberculose du col ne peut être affirmé que par la biopsie. C'est la généralisation de cette pratique qui a permis, au cours des vingt dernières années, la publication d'un nombre d'observations au moins égal à celui qui existait dans la littérature antérieure. La biopsie est entrée dans les mœurs, tout au moins dans la clientèle de ville, qui en a compris l'utilité et s'y soumet volontiers. Il n'en est pas de même dans certaines régions reculées de province, ce qui explique peut-être que la grande majorité des cas soit signalée dans les grandes agglomérations.

A l'examen histologique on recherchera la présence des follicules tuberculeux avec leurs cellules géantes, les masses caséeuses à l'occasion, sont des signatures suffisantes de l'infection tuberculeuse. La plupart des auteurs se sont rangés à cette conception, sauf Ducuing et Rigaud qui n'admettent pour authentiques que les cas où des bacilles tuberculeux sont identifiés sur les coupes. On pourra les rechercher, tout en sachant bien que les B. K. sont extrêmement rares et difficiles à mettre en évidence. Nos observations n'en signalent que dans 9 cas (1). Toutefois, il est des circonstances extrêmement délicates, où l'interprétation est très difficile, et qu'authentifie seule la découverte du B.K. Il ne faudra pas non plus se contenter de la lecture d'une ou deux coupes, les lésions ne sont pas toujours évidentes, et ce ne peut être qu'après l'examen de nombreuses lames que l'on sera amené à découvrir la lé-

(1) Alors que Kindrath l'aurait trouvé 31 fois sur 61 cas.

sion caractéristique. Le danger des biopsies négatives, infiniment moins important qu'en cas de cancer, ne mérite pas moins d'être noté.

Cependant, on pourra être amené à la soupçonner par les renseignements que la malade donne sur son entourage. Certaines, saines par elles-mêmes, avaient eu des parents, des frères, des sœurs, des maris tuberculeux. On s'attachera à faire préciser ces points sans cependant rien en préjuger. De l'état général, il ne faudra pas tirer grandes conclusions : dans la majorité de nos cas, il est excellent et dans une faible minorité on indique des pertes de poids, de l'anorexie, de l'anémie.

Lorsque l'interrogatoire arrive à faire préciser les troubles génitaux, on pourra trouver des éléments de probabilité en faveur de la tuberculose, dans la critique des symptômes fonctionnels et physiologiques :

S'il s'agit de tuberculose du col :

a) *les pertes* sont moins abondantes, plus purulentes que dans une métrite simple ; la présence *de sang* y est très fréquente : la tuberculose du col, a-t-on dit, saigne moins qu'un cancer et plus qu'une métrite.

b) *les lésions* sont souvent *chroniques* : certaines malades ont des pertes sanguines depuis de nombreux mois ou même plusieurs années, avec un état général excellent. Une affection maligne évolue beaucoup plus rapidement en quelques mois.

d) *le traitement médical* est *inefficace* ou tout au moins souvent *peu efficace*. Les observations de X. Bender sont à cet égard très démonstratives, et Nobecq le signale également avec preuves à l'appui.

Les récidives de ces soi-disant métrites améliorées un moment par le traitement médical sont fréquentes.

e) les troubles éclatent souvent *après* un accouchement ou une fausse couche.

f) enfin les *règles* sont souvent *irrégulières*, leur apparition a été *tardive*, l'*aménorrhée* n'est pas très rare.

Les renseignements locaux, eux aussi, pourraient mettre en éveil un gynécologue averti. Cancer ou métrite banale, telle est l'impression première. Pourtant, les lésions observées sont plus importantes que celles d'une métrite et moins importantes que celles d'un cancer (Douay). Remilly insiste sur ce *caractère négatif* qu'a souligné le professeur Hartmann : « ce qui fait songer à la tuberculose c'est que les lésions que l'on constate ne répondent ni aux végétations d'une métrite banale, ni aux végétations d'un cancer du col. On a l'impression, tant au toucher qu'à la vue, de quelque chose qui, n'étant ni de la métrite ni du cancer, est peut-être de la tuberculose. » Xavier Bender (Obs. 12) avait noté cette impression.

En faveur de la tuberculose et contre le cancer du col, il est classique de signaler :

1) *La multiplicité des lésions*. — La lésion princeps (nodule tubercule caséifié, granulation, ulcération) a des homologues plus petits dans le voisinage.

Nous n'avons relevé cette multiplicité que dans l'observation de Brouha.

2) *Leur limite assez précise* sur laquelle a insisté Douay. La muqueuse adjacente est saine et plusieurs de nos cas le remarquent. S'il y a plusieurs

lésions, elles sont séparées par des zones de tissu sain. Mais tandis que dans la forme ulcéreuse, c'est la muqueuse saine qui surplombe l'ulcération, dans la forme végétante, c'est la muqueuse malade qui surplombe la saine.

3) *L'absence d'induration des lésions.* — Elle a été exceptionnellement décrite et c'est bien le signe le plus important. Certains des auteurs que nous citons trouvent un col mou (ou tout au moins pas dur) velouté. Dans la règle, que l'on ait affaire à une forme végétante, ou ulcéreuse, ou mixte, la muqueuse possède une consistance particulière, à la fois souple et élastique, qui n'existe pas dans les lésions épithéliomateuses.

La muqueuse environnante est saine et non infiltrée, comme on l'observe au voisinage du cancer.

4° *La coloration des lésions.* — L'ulcération tuberculeuse a un fond *pâle*, plus pâle que dans les ulcérations néoplasiques, parfois grisâtre ou violacé, assez souvent *granuleux*.

La coloration de la muqueuse voisine — la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point — est normale et n'indique pas un processus inflammatoire.

S'il s'agit d'une forme végétante, au spéculum on note une coloration *rouge* due à une vascularisation intense. D'ailleurs ces végétations saignent très facilement au moindre contact (Vineberg et Haby, etc.). Haby signale même que des glaires tenaces peuvent masquer la rougeur.

La muqueuse saine, voisine, *plus pâle*, forme un contraste assez vif. De plus les végétations cancéreuses ne sont pas lisses comme les végétations tuberculeuses, leur surface est inégale, bosselée, irrégulière.

5°) *L'aspect mamelonné des lésions* sur lequel a insisté Petit-Dutaillis. Pollosson et Violet avaient déjà signalé dans la forme ulcéreuse de petits mamelons roses sur fond pâle.

Dans la forme végétante et hypertrophique, Douay et Noboa mettent en valeur cet aspect vallonné des végétations tuberculeuses par ailleurs lisses et irrégulières.

6°) *Les alternatives de dureté et de mollesse* que l'on perçoit au niveau du col doivent faire songer à la tuberculose (Siredey 1919).

Tels sont les caractères qui permettraient de départager la tuberculose du col d'avec le cancer. Ce sont là des nuances difficiles à saisir et des chirurgiens très habiles s'y sont laissés prendre, ont fait le diagnostic d'épithélioma et pratiqué une hystérectomie (Lewers et Williams, etc.) qui, si grosse intervention soit-elle, est préférable encore à la méconnaissance d'un cancer.

La forme endocervicale de la tuberculose est encore plus difficile à distinguer du cancer endocervical : c'est ici que les nuances ne répondent plus qu'à une sensibilité personnelle. On a dit que dans la tuberculose le col était souple et dilatatable et dans le cancer rigide et peu extensible. Chaque règle souffre des exceptions et là encore c'est la biopsie qui donne la certitude et commande le traitement et le pronostic.

En dehors de la biopsie et des renseignements qu'elle nous fournit (Cf. Anatomie Pathologique), existe-t-il d'autres moyens de laboratoire qui permettent d'accéder au diagnostic ? On peut évidemment faire un examen bactériologique des sécrétions cervicales, aseptiquement prélevées et y rechercher

le B. K. par la méthode de Ziehl. Il y a été exceptionnellement trouvé et il est presque impossible de le mettre en évidence par l'examen direct.

On a également inoculé au cobaye les sécrétions cervicales. Mais alors que dans la tuberculose urinaire fruste, sans B. K. visible à l'examen direct le procédé est excellent, en cas de tuberculose du col étant donné l'abondante et variée flore vaginale, le cobaye est tué par l'infection avant que soient apparus les signes de sa tuberculisation.

Enfin, on a utilisé avec des résultats très divers la cuti-réaction, l'ophtalmo-réaction, la réaction de fixation du complément suivant la méthode de Bordet-Gengou. Douay et Mlle Ipureano l'emploient systématiquement dans la recherche des salpingites tuberculeuses. Ce sont des procédés très sensibles, peut-être trop sensibles. Ils ne sauraient en aucun cas dispenser de la biopsie.

Comme nous venons de le voir, le gros diagnostic — on pourrait presque dire le seul — de la tuberculose du col c'est le cancer. Cette affection, étant donné sa fréquence et sa gravité, doit nous être présente à l'esprit. L'erreur avec une métrite banale, encore plus fréquente, est moins grave, au moins quant au pronostic et à l'évolution. Dans la métrite les phénomènes inflammatoires sont plus intenses, la rougeur est plus diffuse, et s'étend sur le vagin, l'ulcération, moins profonde, mais aussi plus large, tend à envahir tout le col.

Dans la forme miliaire de la localisation tuberculeuse cervicale, on pourrait confondre ses granulations avec des œufs de Naboth infectés. La rareté des granulations miliaires et la ponction de l'œuf, qui laisse écouler un liquide glaireux, et non caséux, militent en faveur de la métrite.

En dehors de la métrite et du cancer on pourra discuter, très rarement, il est vrai.

Pour la forme miliaire :

l'herpès, les vésicules herpétiques surviennent de préférence au moment des règles, s'accompagnent de douleurs et de fièvre. Elles sont plus fragiles que les granulations tuberculeuses.

le zona. C'est là un diagnostic de traité. Nous n'en avons jamais entendu parler à l'hôpital de sa localisation cervicale. Les éléments sont unilatéraux et la douleur très violente.

Pour la forme végétante :

les végétations de la blennorragie et de la grossesse qui coexistent en général avec des végétations vulvaires et vaginales.

le sarcôme végétant du col. En sa faveur la forme en grappe de raisin, la biopsie.

Pour la forme ulcéreuse :

le chancre syphilitique surélevé, lisse, sans bords, couleur chair musculaire. L'induration peut être difficile à percevoir, mais elle existe. Le B.W. est positif.

le chancre mou à bords non irréguliers, à fond jaune, indolent. On y trouve du bacille de Ducrey.

les ulcérations traumatiques produites pendant l'accouchement ou au cours d'un avortement criminel ont pour elles les antécédents.

Nous mettrons à part deux formations bénignes :

1°) la tuberculose du col peut revêtir l'aspect d'un *polype muqueux*. Sur nos 44 observations, nous n'en avons relevé que 3 cas. C'est l'examen histologique seul qui tranche le diagnostic.

2° *l'adénome du col*. Dans sa forme localisée il représente une végétation molle élastique, presque rouge sombre. Dans sa forme généralisée, le col est gros, élastique, bosselé. Il rappelle la forme hypertrophique de la tuberculose.

Il donne une sécrétion glaireuse, jaune ambré, gélatineuse et non à des pertes purulentes.

Enfin, il saigne beaucoup moins que les végétations néoplasiques ou tuberculeuses.

B) DIAGNOSTIC DE LIMITATION

Grâce à la biopsie plus qu'aux moyens combinés du laboratoire, on est arrivé au diagnostic de tuberculose du col. S'agit-il d'une forme bien localisée au col ou bien existe-t-il d'autres manifestations génitales ? De cette conviction dépendent le traitement et le pronostic.

Il s'agit là d'une conviction difficile à acquérir, d'un véritable cas de conscience, surtout en présence d'une femme jeune à qui on répugne de faire subir une intervention mutilante. Et puis, comme nos observations le notent quelquefois, l'examen histologique systématique montre l'atteinte du corps ou des trompes alors que rien cliniquement ne le laissait prévoir.

Si l'examen gynécologique a montré, en plus, un corps utérin augmenté de volume, douloureux, des annexes grosses, on peut supposer que le processus a dépassé les limites du col et que l'arbre génital supérieur est envahi. Mais si, malgré l'existence de ménorragies et des métrorragies (pour certains auteurs, elles traduiraient l'extension au corps; mais nos observations les signalent pourtant alors

que le col seul est atteint) l'on trouve un utérus de volume et de consistance normaux, si l'on rencontre des réactions salpingiennes chez une malade soignée pour annexite banale il ne faut pas porter un pronostic trop bénin ni un diagnostic trop limité. La constatation de masse annexielle commande l'hystérectomie.

On a dit que l'on pouvait diagnostiquer l'extension de la tuberculose au corps utérin par le curettage et l'examen histologique des débris ramenés. Pour certains, cette exploration a donné des résultats positifs quant au diagnostic et même au traitement. Muret de Lausanne a exprimé cette conviction au Congrès de 1933 et dans un article du *Journal Médical de la Suisse Romande* en 1934. D'autres chirurgiens ont la conviction que les débris retirés sont souvent impossibles à identifier au microscope et que le curettage peut déterminer des poussées de pelvi-péritonite tuberculeuse. Dans les cas incertains, ou chez des femmes qui répugnent à la laparotomie, un curettage habilement pratiqué sur une malade très rigoureusement surveillée pourra peut-être permettre de se faire une opinion. Mais il faut bien savoir que la tuberculose utérine ne se traduit souvent par aucun signe fonctionnel ou physique et même que l'on a décrit des cas de rupture spontanée d'utérus non gravidés, minés en quelque sorte par les lésions tuberculeuses.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Nous étudierons successivement le pronostic vital et le pronostic fonctionnel et obstétrical.

A) *Pronostic vital.* — Le pronostic de la tuberculose primitive et bien localisée est bon, surtout lorsque l'on a craint le cancer. Sous l'influence du traitement, à la fois médical et chirurgical, on observe très fréquemment la guérison. Elle a été la règle dans toutes les observations que nous rapportons et certaines malades ont été suivies pendant plusieurs années. La guérison spontanée est possible, mais extrêmement rare, elle a été cependant signalée. Néanmoins le pronostic doit être modifié lorsque la tuberculose du col a été abandonnée à elle-même ou que des soins trop tardifs ont été donnés. Les lésions, en effet, ont tendance à progresser, et, suivant une voie ascendante à envahir le col et les annexes. Chez ces malades, non soignées il faudra craindre la péritonite tuberculeuse. Mais, en plus, la persistance dans l'organisme d'un foyer tuberculeux peut entraîner la dissémination à distance de l'affection, sa généralisation brusque, sous la forme de septicémie, de tuberculose miliaire, de méningite tuberculeuse presque fatalement mortelle.

Lorsque la tuberculose du col est associée à une autre localisation génitale, surtout salpingienne, le pronostic n'est pas sensiblement modifié, si un traitement efficace, en lui-même l'hystérectomie inter-

vient. Nous verrons, lorsque nous étudierons le traitement, que dans ces formes associées, la temporisation médicale n'est pas du temps perdu, si l'intervention chirurgicale ne peut être pratiquée immédiatement.

B) *Pronostic fonctionnel.* — Il est presque classique de dire que la tuberculose du col entraîne la stérilité. Le fait est fréquent et non pas absolu. S'agit-il d'un dysfonctionnement ovarien ou d'une impossibilité de pénétration dans les voies génitales supérieures des spermatozoïdes ? Estor et Baille, Kaufmann rapportent qu'ils ont eu l'impression très nette d'une obstruction de l'orifice interne du col par une masse difficilement franchissable, et les auteurs espagnols, après avoir amputé le col et supprimé l'obstacle signalent la possibilité de grossesse.

Sans traitement particulier une malade de Tédénat qui avait présenté une ulcération tuberculeuse du col a guéri ; elle est devenue enceinte et a pu mener à bien sa grossesse par ailleurs normale. La malade de Guvet dont le col avait été amputé dix ans auparavant est devenue grosse et a accouché sans difficulté !

C) *Pronostic obstétrical.* — Cependant il semble sage de n'autoriser, dans la mesure du possible, la grossesse que longtemps après la guérison constatée, lorsqu'une évolution favorable et sans incidents en est venue montrer l'intégrité. Il est en effet bien évident que le traumatisme obstétrical pourra réveiller une tuberculose du col simplement assoupie, en favoriser la propagation et la dissémination.

Certes le traitement radical que l'on pratique pour ce que nous nommerons en abrégé « les tuberculoses associées » ne saurait entrer en ligne de compte avec une grossesse. Ce sont, au contraire,

dans les formes bien localisées au col, les différentes interventions que l'on peut être amené à pratiquer, qui se révéleront, au moment du travail, par rigidité cicatricielle (du col) comme une dystocie sérieuse.

Ces cicatrices obstétricales sont parfois très résistantes et rigides au premier chef. Il est heureusement fréquent de les voir se ramollir sous l'influence de la grossesse et permettre un accouchement spontané. (Tédenat-Guyot, etc.). Dans quelques cas aussi elles ont été une cause grave de dystocie et ont amené les accoucheurs à pratiquer les grandes incisions du col et même la césarienne. La pratique moderne de la galvano-cautérisation et de l'électro-coagulation supprimerait, entre autres choses, le risque de cicatrices indilatables.

M. Brindeau, dans son traité de l'Art des accouchements signale que les dystocies par rigidité du col consécutives à des cautérisation sont assez rares. Plus intéressantes, dit-il, sont les scléroses consécutives aux opérations sur le col et en particulier à celle de Schroder ; il y a eu quelques cas malheureux qui se sont terminés par une impossibilité absolue à la dilatation à cause de la présence d'une bague cicatricielle au niveau du col. Ils ont provoqué des discussions ardentes. Pinard et Audebert considèrent l'opération grave par ses conséquences obstétricales. Pozzi, Bouilly, Doleris, la jugent bénigne. D'après les observations publiées, il semble bien que la dystocie ne s'observe que dans les cas où il y a eu suppuration, ce qui permettrait à l'accoucheur, s'il en était avisé, de prendre les précautions nécessaires.

Nous avons vu que la malade de Guyot avait accouché spontanément. La dilatation s'était donc produite normalement. D'ailleurs la césarienne

basse, sur le segment inférieur de l'utérus à terme, relativement bénigne, permet d'intervenir avec le minimum de danger en cas de dystocie sérieuse, et de laisser se prolonger, sous surveillance médicale attentive, diminuant les risques de ruptures utérines, ce que l'on pourrait appeler « l'épreuve du travail » des parties molles.

CHAPITRE VII

LE TRAITEMENT

Le traitement de la tuberculose primitive du col de l'utérus devra être à la fois médical et gynécologique. Il est bien évident que si la localisation tuberculeuse est la seule de l'organisme, il faut au plus tôt le débarrasser de ce foyer d'infection tout en stimulant les forces de défense.

Le traitement général qui est de mise dans toute tuberculose sera ici un adjuvant précieux des moyens employés pour combattre le mal. Le repos, la bonne alimentation, le grand air à la plaine ou à la montagne, la cure marine ou climatique, l'iode, l'arsenic, le phosphore la médication récalcifiante sont des moyens efficaces de renforcer l'état général et de modifier les conditions qui favorisent l'évolution du processus morbide. Certains ont pensé à essayer la vaccinothérapie antituberculeuse qui donnerait quelques bons résultats dans certaines affections chirurgicales bacillaires. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en noter l'essai dans les tuberculoses que nous rapportons.

I. FORMES BIEN LOCALISÉES

Mais il est de toute évidence que le traitement de la tuberculose du col de l'utérus doit être avant tout un traitement local. Pour donner les meilleurs résultats et réduire au minimum les dégâts il le

faut précoce. Aussi n'hésitera-t-on pas à « biopsier » tous les cols suspects ou même métritiques qui désespèrent malades et médecins par leur alternatives de rechutes entrecoupées de quelques rares semaines d'amélioration. Autrefois on pensait que lorsque le col de l'utérus présentait des lésions tuberculeuses il était presque inévitable que le corps, les annexes, les ovaires même, en bref tout l'appareil génital, fussent atteints. Cette conception aboutissait à une conclusion logique l'hystérectomie, toutes les fois que l'état général le permettait. On s'est aperçu que le corps et les annexes pouvaient être sains et qu'il était doublement dangereux pour la femme de lui faire subir les risques d'une grosse intervention et d'une ménopause anticipée.

Certes les lésions primitives et bien localisées du col ne sont pas très fréquentes, mais elles existent et nous avons pu retenir 35 cas. Aussi, à propos de ces formes, s'est-on acheminé vers une thérapeutique moins radicale. Le professeur J. L. Faure, pourtant très interventionniste en a été un des promoteurs.

Dans son rapport au Congrès International de 1902, il écrivait : « Si l'on a des raisons sérieuses de penser que la tuberculose est localisée au col, si les annexes sont parfaitement saines, il me paraît évident que l'on devra se contenter de l'opération la plus simple et la plus bénigne ». En effet, pour une lésion bien localisée, il est pour le moins inadéquat, surtout chez des femmes jeunes, de supprimer les fonctions de menstruation et des possibilités de grossesse.

Pour atteindre ce but plusieurs procédés s'offrent au médecin et au chirurgien. Mais pour avoir le maximum de succès il faut savoir choisir celui qui s'adapte le mieux au cas qui se présente :

1° *Les lésions sont très localisées à une zone réduite.* — On pourra essayer de détruire la lésion par l'application de différents *topiques* : formol à 25 %, teinture d'iode, nitrate d'argent, potasse, chlorure de zinc à 1-2 % etc. Ces moyens ont suffi dans certains cas, Bouffe et Verville, Fernet, ont obtenu des améliorations notables par des badigeonnages de teinture d'iode et d'autres topiques chez des femmes atteintes par ailleurs de T. P. Martin (1905, Archives provinciales de Chirurgie) a guéri une localisation primitive par des cautérisations à la potasse, puis au formol. Vermeil a obtenu la guérison après des cautérisations à la teinture d'iode et au nitrate d'argent chez une malade dont le corps utérin était aussi touché. Pollosson, après avoir pratiqué un curettage pour une tuberculose du col, eut une récidiye qu'il guérit en 2 mois par la glycémie iodoformée.

Dans nos observations nous notons l'insuccès de Brooh qui malgré un badigeonnage au phénol iodé fut obligé quelques semaines après de faire une hystérectomie bien que la lésion fut strictement localisée au col. En revanche, Riche et Guibal, avec de la glycérine créosotée ont obtenu un succès qui a été suivi histologiquement dans ses diverses étapes.

J. L. Faure ne croit pas à l'efficacité des médicaments, même de ceux qui sont réputés très actifs, car ils ne peuvent agir que superficiellement alors que les lésions sont profondes. Aussi recommande-t-il la *thermocautérisation* : « rien ne vaut la chaleur pour anéantir les germes et la destruction de l'ulcération au thermocautère me paraît être la méthode la plus simple et la plus sûre. Je la crois préférable à l'amputation du col au bistouri, parce que, dans ce cas, la dilacération à peu près fatale de l'ulcération tuberculeuse, provoque l'ensemencement

de la plaie et peut favoriser sur un terrain fertile les réinoculations bacillaires ». Chavannaz, par ce moyen, a eu un plein succès.

Les progrès de l'électricité médicale ont permis de réduire les risques d'hémorragie et d'inoculation par l'emploi du *galvano-cautère* et de l'*électro-coagulation*. Les cicatrices obtenues par cette dernière méthode passent pour être très souples et ne gêner en rien un accouchement ultérieur. Hanfield Jones, Chavannaz, Estor et Baille, etc, ont associé avec succès le curettage des lésions à la thermocautérisation.

Nous ne citerons que pour mémoire LA MÉTHODE DE BIER, pratiquée, d'après Chaton, à l'aide d'une ventouse pneumatique s'adaptant exactement sur le pourtour du col et dans laquelle on fait le vide ; LA MÉTHODE SCLÉROSANTE DE LANNELONGUE, qui, si elle a donné d'excellents résultats dans les tuberculoses externes et épидидymaires doit créer une atrésie du col prédisposant à la stérilité, et, en cas de fécondation, à une dystocie des plus graves.

2° *Les lésions sont plus étendues mais ne dépassent pas le col.* — L'opération de choix serait alors l'amputation du col, le thermocautère pouvant provoquer des escarres, surtout au niveau de la vessie, par sa chaleur rayonnante.

C'est là une intervention bénigne (aucun cas de mort n'est signalé dans nos observations) mais de caractère nettement chirurgical qui la fera confier à des praticiens exercés. Les chirurgiens auront le choix, entre le procédé de Schroeder et le procédé de Simon Markwald. Il n'est pas de notre compétence d'en étudier la technique. Dans certains cas, ils seront obligés de faire une amputation très haute, isthmique, du col. Sous peine de récidives la section

devra dépasser largement les lésions et porter à bonne distance en tissu sain. Mais il est bien difficile de savoir où elles s'arrêtent, aussi beaucoup préférèrent-ils l'hystérectomie.

L'amputation du col, par les différents procédés, a été appliquée dans 7 de nos observations. Les malades ont été ensuite régulièrement suivies afin de dépister une extension des lésions et d'y parer au plus tôt. Dans une observation de Bender, 2 ans $1/2$ après l'amputation, l'état général et local était excellent ; d'autres malades ayant subi la même intervention ont été également revues dans des délais suffisants pour qu'un processus extensif soit noté le cas échéant. Il en est qui, malheureusement, ne sont pas revenues voir leur chirurgien.

Les erreurs de diagnostic avec le cancer qu'entraîne la tuberculose du col ont amené à des applications erronées de *radium*. Nous en possédons 5 observations. Ahumada, dans un cas, a obtenu une guérison en 30 jours. Une malade de Bengolea et Pawlosky, considérée comme atteinte d'un cancer du col a subi une application de radium et ensuite un Wertheim sans difficultés trop grosses.

Par contre une malade d'Ester et Baille n'a pu supporter le radium qui, à la première application, lui a déterminé une température à 40° . Une autre malade de Pawlosky chez qui l'examen clinique et radioscopique n'avait montré aucune autre localisation que celle du col a fait après 3 applications de quantité minime de radium, une dissémination génitale et pulmonaire qui l'a emporté en 16 mois.

Enfin White fit une application de radium à une femme de 64 ans chez qui il pratiqua ensuite un Wertheim. Elle mourut des suites d'une fistule intestinale qu'il attribue à l'action destructrice du radium. Il semble que ce dernier agisse tant par

ses propriétés destructives que par une grosse production de tissus scléreux qui est notée dans 2 observations.

Ces cas sont encore trop peu nombreux pour pouvoir en tirer une conclusion. Le moins qu'on puisse dire c'est qu'il faille attendre les résultats de l'expérience et que la possibilité de salpingite, de quelque nature qu'elle soit, contrindique formellement la radiumthérapie.

L'héliothérapie a été depuis longtemps appliquée aux tuberculoses chirurgicales. Soigneusement maniée elle a donné d'excellents résultats, surtout dans les formes qui dépassent la localisation au col. Chavannaz, à l'aide du spéculum de Fergusson et d'un jeu de miroirs soigneusement placés, devant une fenêtre exposée au soleil, l'a employé efficacement dans le traitement d'une ulcération tuberculeuse du col. Nous n'avons trouvé dans nos observations que cette seule relation qui nous paraît dans les formes localisées au col, d'un emploi facile et peu coûteux.

Dworzack a irradié *aux rayons X* sa malade. Si la radiothérapie fournit de bons résultats dans les tuberculoses utéroannexielles, il semble que dans ce cas ses effets aient été plus que douteux.

II. — ASSOCIATION D'UNE TUBERCULOSE DU COL à une autre lésion génitale de même origine.

Mais, si le moindre doute est permis sur la localisation des lésions, si le corps utérin ou les annexes paraissent touchés, si l'observation régulière et soigneuse de la malade confirme les craintes, il faut avoir le courage de recourir à *l'hystérectomie*. Seule la voie haute sous-ombilicale doit être retenue, par le contrôle de la vue qu'elle permet, et

par les facilités opératoires qu'elle donne, l'hystérectomie vaginale risquant, en cas d'adhérences et de fragilité des trompes, de laisser un fragment tuberculeux dans l'abdomen. Il ne faudra pas hésiter à envisager l'hystérectomie, car la vie de la femme prime tout et les dangers de ménopause et les possibilités de grossesse sont de peu d'importance en face de la gravité du pronostic des lésions abandonnées à elles-mêmes. Seule, d'ailleurs, l'hystérectomie donne la certitude de tout enlever.

Veyrassat, chez sa malade, a laissé en place un ovaire qui paraissait sain. Nous savons combien il est difficile macroscopiquement d'apprécier l'intégrité d'un ovaire, aussi ce procédé ne nous semble-t-il à retenir que chez des femmes jeunes à qui l'on veut éviter les troubles d'une ménopause trop précoce.

L'observation de Ferry (Société d'Obst. et de Gyn. 1931), nous apprend qu'il faut savoir parfois temporiser, sous traitement purement médical, pour amener à l'intervention une femme dans les meilleures conditions d'état général et local. Grâce au repos, à l'héliothérapie, sa malade a été opérée avec un plein succès, les masses salpingiennes s'étaient bien localisées, et les adhérences entre différents organes, très marquées au début de l'évolution (la malade a été suivie presque 2 ans) avaient considérablement diminué et n'ont pas gêné l'hystérectomie.

Y a-t-il une suspicion d'activité tuberculeuse au niveau d'un autre organe ? Il faut multiplier les examens et les avis des spécialistes afin d'envisager un traitement efficace. Le traitement local par les topiques, l'héliothérapie, les rayons ultra-violets est

un adjuvant précieux du traitement chirurgical — s'il est possible — de ce que nous appellerons la lésion principale. S'il s'agit d'une tuberculose pulmonaire que le phthisiologue envisage comme curable, il ne faudra pas craindre l'intervention chirurgicale sur l'appareil génital contaminé. Nous avons eu l'occasion de constater dans le service de notre maître, M. Marion, combien certaines tuberculoses pulmonaires bénéficiaient de l'extirpation chirurgicale d'une tuberculose rénale. Un raisonnement analogue garde toute sa valeur en cas de tuberculose du col utérin.

Certes on peut nous reprocher d'avoir fait dans ces quelques lignes une dégression qui nous éloigne de notre sujet. Nous nous en excusons ; car les praticiens savent bien que la médecine ne s'enferme pas dans les formules arithmétiques, et que son but, c'est l'étude avec bon sens, de chaque cas et de la thérapeutique appropriée.

*
* *

En ce qui concerne les 35 observations de tuberculose primitive et localisée du col, 2 cas ont été découverts à l'autopsie.

Pour les 33 autres malades :

15 ont subi l'hystérectomie.

2 l'hystérectomie précédée d'une application de radium.

7 l'amputation du col (6 ont été suivies pendant une période variant entre 10 ans et 13 mois au minimum).

2 la thermo-cautérisation (précédée dans 1 cas (Ester et Baille) d'une application de radium).

2 ont reçu simplement des applications de radium.

1 (Riche et Guibal) a guéri par l'application de topiques et sa guérison a été suivie 1 an au moins au moment de la publication.

1 (Dworzak) a été traitée par la radiothérapie. (Il en serait intéressant d'en connaître l'évolution).

1 (Tourneux et Villemiur) a été guérie par l'ablation du polype tuberculeux.

2 n'ont pas subi d'intervention soit par refus, (Douglas et Riddlon) soit parce que la patiente n'a pas été revue. (Bonnet et Bulliard).

*
* *

Les 9 malades présentant une tuberculose du col coïncidant avec une autre lésion génitale ont toutes été traitées par l'hystérectomie qui, dans 3 cas (Guptmann 2 — Bishop 1) a été révélatrice des lésions des trompes.

OBSERVATIONS

GROUPE I

Observations recueillies dans les thèses et les travaux d'ensemble

OBSERVATION 1. — Tuberculose primitive du col.
Friedländer. Volkmanns Klinische Vortrage, 1873.

Il s'agit d'une femme de 30 ans morte d'apoplexie cérébrale. Autopsie.

A l'orifice externe de l'utérus existait un ulcère tuberculeux. Au-dessous de sa surface on trouve des tubercules miliaires abondants avec des cellules géantes.

Les autres organes étaient sains.

OBSERVATION 2. — Mathews. Medical Record 1898 in article de Pollosson et Violet 1906.

Négresse de 32 ans, sans antécédents bien portante, qui depuis 3 ans, a de la dysménorrhée et des pertes blanches teintées de sang.

L'examen montre un col épaissi, avec une ouverture arrondie, saignant facilement, et une ulcération empiétant sur le vagin, à gauche des annexes normales, et légèrement enflammées à droite.

Hystérectomie totale. Guérison.

A l'examen de la pièce opératoire on voit qu'il s'agit d'une tuberculose étendue du col avec corps et annexes respectés.

OBSERVATION 3. — Michaelis 1898. Beitrag fur Gelb. und Gyn. in thèse Lannes. Dehorre.

Femme de 33 ans, mariée, nullipare, — dont la mère est

morte de phthisie, — mais qui, elle, a toujours été bien portante jusqu'à ce jour.

Règles régulières depuis l'âge de 17 ans. Depuis 2 mois elles sont devenues irrégulières, fréquentes, abondantes, mais il n'y a pas de pertes blanches.

Bon état général. Les poumons sont sains. À l'examen l'orifice utérin paraît ulcéré sur une étendue d'une pièce de 10 pfennings et s'émiette.

On fait le diagnostic de cancroïde de la portion vaginale du col et on pratique une hystérectomie vaginale. Guérison.

La malade est revue trois ans après, la guérison se maintient.

Description de la pièce. — La muqueuse cervicale est dans toute son étendue, surtout autour du col, recouverte de végétations papillaires touffues.

Au microscope : à la place de l'épithélium pavimenteux un tissu de granulations tuberculeuses. Glandes hypertrophiées.

OBSERVATION 4. — Kauffmann. Zeitschrift für Gelb und Gyn. 1897. in thèse Lannes Dehorre.

Femme de 72 ans entrée à l'Hôpital pour cancer probable de l'estomac, qui y succombe.

Autopsie. Pas de néoplasme stomacal. L'utérus présente les caractères suivants : museau de tanche atrophié, portion sus-vaginale du col notablement épaissie. La section de cette portion montre une cavité tapissée de granulations de dimensions variables. Paroi lisse mais dure. Ces altérations occupaient la muqueuse du col dans toute son étendue jusqu'à l'orifice interne. Celui-ci était obstrué par une vésicule de la grosseur d'un pois, renfermant un magma semblable à du mortier. L'aspect macroscopique des lésions cervicales fit penser à un cancer, mais l'examen histologique montra qu'on était en présence d'ulcérations tuberculeuses.

Aucun autre foyer de tuberculose. L'utérus, les trompes, les ovaires étaient sains.

Au micro, on voit de nombreux tubercules typiques. La plupart des cellules géantes renfermaient des bacilles de Koch et il en était de même des foyers caséux que l'on rencontre entre les tubercules.

OBSERVATION 5. — Brooh. Obstetrics Society of London. 6 Mai 1903 et Revue de Gyneco. et Chir. abdominale 1903.

Une femme de 50 ans se plaint de leucorrhée, de douleurs dans la région sacrée, d'amaigrissement, elle a eu un enfant à l'âge de 21 ans et ensuite 4 fausses-couches dont la dernière il y a 12 ans. Pendant un an, après cet avortement, elle a porté un pessaire.

Il y a 5 ans curettage pour endocervicite.

Ces 3 dernières années les règles sont irrégulières, mais on ne note pas de pertes.

Les parents sont morts de phtisie à l'âge de 40 et 36 ans, mais elle-même ne présente rien aux poumons. En examinant le col de l'utérus on trouve sur la lèvre antérieure une ulcération circulaire à bords déchiquetés. Le tissu de voisinage paraît être soulevé. La surface de l'ulcération est granuleuse et pâle. Il n'y avait pas d'induration du col qui saignait à peine à l'exploration. Utérus mobile et normal. Pas d'adénopathie. L'ulcère présentait plutôt les apparences du lupus vulgaire. L'examen microscopique plaidait en faveur de la tuberculose.

Opération le 12 mars. Toute la zone affectée a été excisée. Badigeonnage au phénol iodé. Comme il n'y avait nulle part trace de tubercule il s'agissait sans aucun doute d'une lésion primitive.

Le 26 mars, le col présentait toujours l'apparence d'un ulcère indolent avec des bords très découpés et déchiquetés et au surplus la lèvre postérieure paraissait atteinte également.

Le 4 avril *hystérectomie*. En examinant la pièce on constatait que la lésion était bien limitée au col et s'étendait un pouce au-dessus de l'orifice du canal. Utérus sain. Les ovaires sains avaient été laissés en place. Sur la coupe on voyait au microscope des cellules géantes caractéristiques dans la sous muqueuse du col.

Guérison. Dans la suite l'état général s'est bien relevé.

OBSERVATION 6 (Résumée). — Eric et Young. Obst. Soc. of. London 1906.

Femme âgée de 26 ans, mariée, toujours bien portante. Mari bien portant, 3 enfants en bonne santé, le dernier a 6 mois.

Règles régulières jusqu'à environ 6 mois, depuis augmentées de durée. Depuis 5 semaines, douleurs dans le bas ventre et dans la région sacrée, pertes jaunes. Pas de pertes de sang, — pas de tuberculose dans la famille.

La malade ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire, l'examen des crachats est négatif, les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés.

Le col est induré et gros, sa surface est inégale et ulcérée par places, nodulaire et papillaire en d'autres endroits. Les lésions du col paraissant suspectes, on pratique l'hystérectomie vaginale. Examinée 6 mois après l'opération la femme est trouvée bien portante et sans récidives.

L'observation microscopique de la pièce montre qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse du col.

OBSERVATION 7. — Glokner. Beitrag für Geb. und Gyn. 1901 (résumée) in thèse Chaton.

Femme de 20 ans bien portante, chez qui la biopsie montre une tubercule du col. (tuberculose à forme végétante papillaire). Guérison par extirpation vaginale totale. Le mari a le testicule et l'épididyme droits tuberculeux. — Il s'agit — d'après Glokner — d'un cas où le mari génitalement tuberculeux a infecté le col utérin par le coït.

OBSERVATION 8. — Vineberg. Am. Journal of Obstetric. New-York, 1908.

Mlle R... 25 ans, fut amenée à ma clinique le 30 mai 1907 pour chercher la cause de l'absence de menstruation. Elle n'a jamais été malade et les seuls symptômes morbides en l'absence des règles consistent en une leucorrhée profuse et des douleurs intermittentes dans le côté droit qui duraient depuis 2 ans. Santé générale bonne, pas de traces d'affection héréditaire.

Taille et intelligence inférieures à la moyenne, développement normal des poils sur les lèvres et le Mont de Vénus. Les parties génitales externes étaient très développées, le clitoris grand et les nymphes modérément hypertrophiées. Elle niait positivement toute masturbation. L'hymen était intact. En examinant le col avec le doigt, on le trouva doux et ve-

louté au toucher, le corps de l'utérus presque petit et antéfléchi sur le col. Mais l'examen du col provoquait un saignement.

L'inspection visuelle avec le petit spéculum montrait que sa portion vaginale était couverte de végétations très vascularisées qui saignaient dès qu'on les touchait. Supposant une affection maligne on fit entrer la malade à l'hôpital du Sinai le 12 juin.

Le 15, après qu'elle fut endormie et préparée à l'intervention, les granulations du col ne me parurent pas malignes, mais causées par une endocervicite marquée. L'utérus fut dilaté et cureté. Attaché au côté droit de la muqueuse cervicale, presque au niveau de l'orifice interne, se trouvait un petit kyste du volume d'une cerise. Il fut enlevé et l'on y trouva de la matière sébacée analogue à celle des kystes dermoïdes, mais malheureusement l'examen du kyste — parois et contenu — ne fut pas pratiqué au microscope.

La portion vaginale du col fut amputée selon le procédé habituel. Le col enlevé fut envoyé à un laboratoire d'anatomie pathologique et à ma grande surprise le résultat connu au bout de quelques jours établissait qu'il s'agissait de tuberculose.

Au cours de l'anesthésie on fit un examen complet de la cavité pelvienne. Les annexes n'étaient pas augmentées de volume et rien d'anormal ne fut décelé. La malade a depuis été suivie et examinée par moi d'une manière répétée depuis l'opération jusqu'à la date actuelle (c. à d. 17 mois environ). Le moignon cervical se cicatrisa promptement et demeura en bon état et il ne s'est développé depuis aucun signe physique de maladie du corps utérin ou de ses annexes.

OBSERVATION 9. — X. Bender. Revue de Gynécologie et chirurgie abdominale, septembre 1911.

Madame G..., 32 ans, est vue au mois de mars 1909.

Femme grande, vigoureuse, toujours en bonne santé, aimant et pratiquant le sport, sans antécédents héréditaires personnels ou collatéraux.

A été réglée à 14 ans. Les règles irrégulières et douloureuses au début se sont peu à peu régularisées, durant 4 à 5 jours, plutôt assez abondantes et toujours accompagnées de

douleurs plus ou moins vives dans le bas ventre et les reins.
Leucorrhée légère dans l'intervalle des règles.

Mariée à 22 ans. Presque aussitôt première grossesse, normale, accouchement à terme d'un enfant vivant et actuellement bien portant. Trois ans après, nouvelle grossesse, accouchement et suites de couches très simples. En mars 1908, il y a un an, fausse couche de 4 mois, que la malade attribue à de trop longues promenades à cheval et en auto. C'est de cette époque que datent les troubles génitaux. La fausse couche fut suivie de pertes assez abondantes qui se répétèrent les mois suivants et furent améliorées par le repos et les grandes injections chaudes. Puis les hémorragies cessèrent, les règles demeurant toutefois plus abondantes et plus prolongées que précédemment.

Entre temps la malade fut très fatiguée du fait, en décembre 1908, de la fièvre typhoïde et de la mort de son mari. On note une recrudescence des troubles génitaux. A plusieurs reprises dans l'intervalle des règles, des hémorragies d'ail leurs assez peu abondantes qui duraient 3 ou 4 jours. Mais surtout la malade était incommodée par des pertes blanches continuelles, très abondantes, souvent mal odorantes. Egalement douleurs persistantes dans les reins accompagnées d'irradiations crurales. Enfin il lui arrivait de temps en temps de perdre de grandes quantités d'un liquide séreux incolore ou légèrement rosé, cette sorte d'hyrorrhée amenait, disait-elle, une diminution des phénomènes douloureux.

Elle vint me consulter en mars 1909.

Au toucher vaginal : col gros et mou ; corps utérin légèrement augmenté de volume, en antéversion marquée, de consistance assez molle, pue sensible à la palpation. Annexes saines.

Au spéculum : col gros, turgescant, violacé, criblé d'œufs de Naboth qui présente au pourtour de l'orifice externe une ulcération elliptique, transversale, intéressant les 2 lèvres, mais empiétant un peu plus largement sur la lèvre antérieure, cette ulcération rougeâtre, molle au toucher, granuleuse saignait assez facilement au moindre contact.

On porte le diagnostic d'ulcération métritique. Etant donnés les commémoratifs, le début des accidents après une fausse couche, l'état de subinvolution de l'utérus, tout indiquait une métrite post-abortum.

L'examen des sécrétions cervicales montre de nombreux leucocytes, une flore microbienne abondante, jamais de go-

nocoques à des examens répétés ni de bacilles de Koch. La malade ne voulant pas être opérée on essaye le traitement médical : injections vaginales émollientes, pansements glycé-rinés, cautérisation à la teinture d'iode, aucune amélioration et l'opération fut acceptée.

Opération le 10 mai 1909. Curettage et amputation du col. Le col se laisse facilement dilater. Le curettage ramène une certaine quantité de débris de muqueuse, cautérisation à la glycérine créosotée, tamponnement avec une petite lanière iodoformée. Ensuite amputation biconique du col (Simon-Markwald). Suture des tranches cervicales, au catgut chromé. Pansement vaginal.

Suites opératoires très simples. Pansement tous les 2 jours, guérison en 15 jours.

Examen de la pièce. — Rien, macroscopiquement ne peut faire songer à la tuberculose.

Mais c'est au microscope qu'on porte le diagnostic de tuberculose, avec infection secondaire surajoutée. On note en effet, sur les 2 lèvres, la présence d'un grand nombre de nodules tuberculeux avec cellules géantes caractéristiques entourée d'une double couronne de cellules épithélioïdes et lymphoïdes. L'infiltration tuberculeuse s'étendait assez loin en profondeur.

Par la méthode de Ziehl on mit en évidence des B. K.

Dans la suite un interrogatoire sur les antécédents n'apprit rien, un examen très soigneux ne montra aucune lésion ni aux poumons, ni à aucun viscère, ni à aucun groupe ganglionnaire. Je décidai d'exercer une surveillance attentive, ne voulant pas faire une castration chez une femme jeune et en bonne santé ! Des examens pratiqués tout les mois n'ont donné la satisfaction de voir la guérison se maintenir d'une façon inespérée. Pertes blanches et hémorragies ont cessé. Les règles sont régulières, l'état général excellent, la vie sportive. Rien aux poumons. On peut considérer la guérison comme définitive. (Malade suivie 30 mois après l'opération.)

OBSERVATION 10. — Everling (Inaug. Dissert Göttingen, 1910).

Emma, 25 ans, se présente à l'examen le 8 novembre 1907.

Sa mère présente de bonne heure des accidents gynéco-

logiques, mais pas de signes de tuberculose. Son père est mort d'une tumeur cérébrale, son frère est en bonne santé quoique chétif, une de ses tantes est morte de tuberculose abdominale en 1907.

A 13 ans la malade a des pertes blanches. Elle est réglée à 15 ans, au début menstruation prolongée jusqu'à 17 jours, mais peu abondantes. Les règles se régularisent, après traitement médicamenteux, jusqu'en juin 1907.

En août, épistaxis. En octobre elle perd du sang pendant 3 jours, 14 jours plus tard, nouvelles pertes qui durent 6 jours. Huit jours sans pertes, puis nouvelles hémorragies pendant 10 jours. Après cela la malade ressentait des tiraillements dans les cuisses.

La veille à midi, soit le 7 novembre, chute d'un caillot sanguin de la grosseur d'une noisette. Dans l'intervalle la malade avait des pertes blanches.

C'est une jeune fille de grande taille, un peu pâle, d'embonpoint moyen. Elle ne tousse pas, et ses poumons sont normaux.

Hymen intact. Sur la partie vaginale du col il y a une excroissance en choux fleur de la grosseur d'une petite pomme, qui saigne beaucoup et qui est très friable au toucher. En même temps production d'une sécrétion muqueuse abondante. Corps de l'utérus et annexes normaux. On conseille l'extirpation totale, mais au préalable on fait une biopsie. Les résultats de la biopsie — qui a été envoyée à l'institut pathologique — sont connus le 11 novembre. Il s'agit de tuberculose, il y a des nodules avec cellules géantes. Le 12 novembre : amputation supravaginale de la portion vaginale du col. Curettage de l'utérus ne ramenant que de petits débris de muqueuse. Annexes libres. Une déchirure vulvaire causée par le spéculum est suturée.

Suites opératoires sans fièvre. La malade sort le 27 novembre.

Le 11 décembre les plaies sont guéries par première intention. La patiente est encore pâle. Sécrétions blanchâtres. On conseille des lavages au lysoforme, de la « Siroline » du Kéfir.

Le 19 février 1908, il y a eu 2 menstruations, les plaies sont guéries, il y a peu de sécrétion. La malade a pris 12 livres.

Le 19 avril 1909. La malade est réglée toutes les 4 semaines, avec 3 jours de retard, elle a encore pris dix livres. Elle se porte bien et travaille beaucoup. Pas de sécrétions blan-

châtres, les cicatrices sont belles, l'utérus infléchi à droite, les annexes petites sont libres.

Les poumons sont normaux ainsi que tous les organes. Hémoglobine 100 %.

Le 6 mai 1909. Cutiréaction positive avec légères formations de papilles sur les endroits vaccinés.

L'examen microscopique de la pièce confirme le diagnostic de tuberculose et montre des nodules tuberculeux dans les franges et sur l'épithélium du canal cervical. On n'a pas vu de bacilles de Koch. (Malade suivie 19 mois après l'intervention).

OBSERVATION 11. — Chavannaz in thèse Cayla. (1912).

Femme de 26 ans, modiste, vient parce qu'elle perd du sang d'une façon continue depuis 4 ans.

A été réglée pour la première fois à 19 ans.

Elle a toujours joui d'une bonne santé. A 14 ans elle aurait eu un épisode pulmonaire qui dure un mois, elle ne tousse jamais et n'a que des rhumes passagers l'hiver. Ses règles sont irrégulières, avec des absences de 2 ou 3 mois. Elle n'a jamais eu de grossesse. Ses règles durent 3 jours avec parfois des caillots. Leucorrhée intermenstruelle assez marquée. Elle se marie à 19 ans.

Il y a 4 ans elle a commencé à perdre du sang, et depuis en perd continuellement : petites hémorragies survenant parfois sans raison, parfois après le coït ou une promenade en voiture. Quelques phénomènes douloureux peu marqués dans la fosse iliaque droite. Pas de troubles urinaires ni digestifs.

Pendant un séjour à Pau de 6 mois, les hémorragies cessent, mais les pertes blanches augmentent. De retour à Bordeaux elle se remet à perdre du sang, surtout après le coït, et elle se confie au chirurgien.

Elle ne tousse pas, n'a pas de fièvre, rien de particulier aux poumons. Elle est très maigre et pèse 41 kgs, elle a perdu l'appétit.

Palpation du ventre négative. Au toucher utérus et annexes mobiles et sains en apparence. Le col est à peu près complètement détruit et à sa place existe une profonde ulcération qui se prolonge vers les culs de sac vaginaux. Ulcération irrégulière, rouge, rappelant l'épithélioma, sauf pour la dureté.

Biopsie le 22-11-1911. Le Dr Pierre Nadal signale que le prélèvement porte seulement sur la muqueuse du col et que dans le tissu interstitiel on note un grand nombre de follicules tuberculeux typiques avec de très nombreuses cellules géantes.

Le 3-xii-1911. Curettage de l'ulcération. Thermocautérisation. Deux semaines de lit. Arsenic. Phosphate et carbonate de chaux. Depuis ce moment la malade n'a plus la moindre perte sanguine, même après le coït et la bicyclette. Elle mange bien, a engraisé de 10 kgs, elle pèse maintenant 51 kgs, ne tousse pas et se porte très bien. (Suivie un peu plus d'un an).

Comme adjuvant au traitement général on a employé l'héliothérapie de l'ulcération à l'aide du spéculum de Ferussou.

OBSERVATION 12. — X. Bender. Société anatomique de Paris. 8-xi-1912.

Mlle E. 34 ans, sans profession, entre à la clinique le 25-9-1911. Pas d'antécédents héréditaires, père et mère bien portants. Antécédents personnels : rien de tuberculeux.

Rougeole et scarlatine dans la première enfance.

Typhoïde à 16 ans. — Crises de R. A. A. à 18 ans sans complications cardiaques. Pneumonie aiguë à 20 ans.

Réglée à 14 ans. Au début, règles très irrégulières, très douloureuses, qui se sont régularisées au bout de 2 à 3 ans et depuis sont moyennement abondantes, durant 4 ou 5 jours. Elles sont toujours douloureuses, plus ou moins, mais jamais elle n'a eu de métrorragies.

Elle s'est mariée à 24 ans, et a eu 3 grossesses avec accouchements et suites de couches normaux. Le dernier date de mars 1910. Les enfants sont bien portants et vivants. En janvier 1911 fausse couche de 2 mois.

Depuis sa jeunesse elle a toujours eu une leucorrhée abondante qui, depuis sa fausse couche, a augmenté d'abondance et pris un caractère purulent. En même temps apparition de douleurs lombaires avec sensation de pesanteur pelvienne et irradiations crurales. Plusieurs médecins posèrent le diagnostic de métrite post-abortum avec comme traitement repos, injections, pansements glycerinés. Pas d'amélioration.

Les pertes continuèrent épaisses, purulentes, parfois striées de sang.

La malade vient consulter le 15 septembre 1911. Au palper abdominal, rien d'anormal. Au toucher vaginal, col volumineux et turgescant, dont l'orifice paraît irrégulier et granuleux, corps utérin non augmenté de volume, en rétroversion complète, mais mobile et qui se laisse réduire facilement. Annexes complètement saines.

L'examen au spéculum confirme la sensation anormale du toucher : col gros, rouge, violacé. Tout autour de l'orifice cervical existe une ulcération plus développée au niveau de la lèvre postérieure, irrégulière, granuleuse, de coloration gris-rosé, recouverte d'une exsudation jaunâtre, de consistance assez friable, la surface saigne au moindre contact.

Son aspect n'éveille nullement l'idée d'un cancer, mais elle diffère néanmoins des ulcérations métritiques banales et fait penser à la tuberculose étant donné ce que j'avais observé précédemment. Une biopsie est pratiquée sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle et l'examen histologique montre qu'il s'agit sans aucun doute d'une tuberculose du col. On trouvait sur les coupes des granulations tuberculeuses tout à fait caractéristiques et la coloration au Ziehl y montra la présence de B. K.

L'état général était excellent. Les divers appareils, et notamment respiratoire, sont absolument normaux. Le mari est en excellente santé et n'a rien aux poumons ni aux organes génitaux.

Opération le 5 octobre 1911. Curettage de l'ulcération à la curette tranchante, après prélèvement d'un fragment, cautérisation au thermo ; dilatation du col aux bougies de Hegar. La muqueuse utérine paraît saine et l'ulcération semble s'arrêter au niveau de l'orifice externe sans empiéter sur le canal cervical. Attouchement à la teinture d'iode de la cavité, curettage, suivi d'une nouvelle cautérisation à l'iode. Puis amputation du col par le procédé de Simon. Markwald, en se tenant à bonne distance des lésions. Suture au catgut chromé.

La malade guérit sans incident et sort le 20 octobre 1911. Elle a été revue depuis à plusieurs reprises et pour la dernière fois le 2 novembre 1912 : l'état général est excellent, rien au niveau du col. Règles normales. La guérison semble parfaite. (Suivie 13 mois après l'amputation).

L'examen du fragment prélevé confirme le diagnostic de tuberculose du col, la section a porté en tissus sains à bonne distance des lésions.

OBSERVATION 13. — Deichmann. Inaug. Dissertation. Leipzig, 1910.

Jeune femme de 21 ans, forte, ayant l'air très sain.

Aucun signe de tuberculose aux poumons ni ailleurs.

Se plaint seulement de l'augmentation de ses règles, depuis quelque temps. Pas de douleurs.

Sur la partie vaginale du col on trouve à l'examen au spéculum une tumeur assez molle, de la grosseur d'une noix, ayant l'apparence d'un choux fleur, composée de nombreuses éleveures semblables à des papilles. Au toucher, elle saigne un peu. Elle donne macroscopiquement l'allure d'un carcinome.

Les masses furent excisées à fond à l'aide d'une cuiller tranchante. Comme le col n'était pas épaissi et que le vagin était souple on ne fit pas de grande opération.

La malade a quitté la ville, mais autant qu'on peut le savoir, depuis 2 ans, la malade se porte bien et n'a pas de récidive.

Examen au microscope des végétations : Présence de nodules tuberculeux avec cellules géantes caractéristiques et autour d'elles de cellules épithélioïdes bien formées, assez grandes.

OBSERVATION 14. — Haby. Monatschrift fur Geb. und Gyn. 1907.

Jeune fille de 22 ans, vierge, qui vient consulter en juillet 1905 pour des pertes sanguines et muqueuses abondantes. C'est la 10^e enfants de parents sains quoiqu'il y ait eu antécédents tuberculeux dans la famille du père. Réglée à 13 ans, régulièrement jusqu'à environ 2 ans. Depuis 6 mois, pertes blanches avec sang. Jeune fille délicate, mais rien ni au cœur, ni aux poumons.

L'hymen est intact. Le doigt arrive sur une tumeur de la grosseur d'une petite pomme molle, en forme de champignon. Le cul-de-sac ne peut être atteint au toucher. Au spéculum, on voit que les végétations molles, fongueuses, touffues, recouvertes de glaires tenaces, friables, saignantes, proviennent de la grosse portion du col.

Le T. R. ne révèle rien. Corps normal. On pense qu'il s'agit d'un sarcome et on propose l'opération de suite. Biopsie préalable : on ne rencontre pas les cellules sarcomateuses

présumées mais les papilles sont constituées de cylindres épithéliaux très ramifiés et dans le stroma de nombreuses et petites cellules.

L'opération est pratiquée. Les fongosités enlevées à la curette tranchante. Colpotomie postérieure qui permet de reconnaître l'intégrité des annexes.

Coupes : Au niveau des fongosités. Enchevêtrement de cellules épithéliales et de glandes sinueuses ; on découvre de loin en loin dans l'entrelacement des glandes sinueuses et du stroma infiltré un tubercule plus ou moins évident avec ou sans cellules géantes.

Au niveau du col : Épithélium de revêtement normal. La paroi est partout tapissée d'un tissu de granulations avec de nombreux et typiques tubercules épithéliaux qui ont pour la plupart une ou plusieurs grosses cellules géantes ; cette couche n'a pas plus de 2 mm. d'épaisseur. On rencontre cependant des granulations tuberculeuses dans l'épaisseur de la musculature du col. Aux limites extrêmes de la portion vaginale du col, contre le vagin, on passe brusquement du tissu granuleux décrit à l'épithélium vaginal normal.

OBSERVATION 15. — Remilly. Thèse, Paris 1919-1920.

L..., 26 ans, entre dans le service le 9 février 1920, sur le conseil de son médecin, parce qu'elle « perd en rouge ». En septembre 1918, dès le premier jour de son mariage, la malade fut prise de pertes rouges et cette hémorragie continua 5 ou 6 semaines, puis elle perdit un liquide semblable à de l'eau rougie et ayant une mauvaise odeur. Ces pertes furent surtout abondantes le matin, tantôt un liquide rose, tantôt un liquide clair, jamais de pertes épaisses. La malade en même temps avait ses règles normales.

Mais en novembre 1918, les pertes étaient si abondantes qu'elles masquaient les règles normales. Elle fut soignée par des injections d'eau très chaude qui firent diminuer l'écoulement vaginal.

1919. Amélioration.

Début 1920. Elle recommence à perdre sans aucun trouble, sans douleurs abdominales, ni vomissements, ni constipation, tout en conservant un excellent état général. Elle entre dans le service le 9 février..

Elle a été réglée à 14 ans, très irrégulièrement, au début

tous les 2 ou 3 mois ; puis vers l'âge de 17 ans, elle se régularisent et durent 5 ou 6 jours. Avant-dernières règles le 30 décembre 1919. Durée 5 jours.

Dernières règles, le 1^{er} février 1920. Durée 5 jours. Elle présente, vers 22 ans, quelques pertes blanches, empesant le linge, jamais très abondantes, surajoutées aux pertes rouges actuelles, aucun rapport sexuel depuis 2 ans. Mari mort au champ d'honneur. Père et mère sont bien portants. Pas d'enfant.

Etat actuel. Se plaint simplement de pertes quotidiennes. Pertes peu abondantes et constituées par un écoulement sanguin dilué. Pas de douleurs. Ne vomit pas. Excellent état général, rien de particulier à signaler.

La paroi est facilement dépressible, ne se défend pas, n'est pas douloureuse à la palpation.

Le col regarde en bas et un peu en avant. Son orifice mollassé admet l'extrémité du doigt. Son extrémité est formée de masses molles implantées sur toute la circonférence. Corps en rétroflexion perceptible dans le cul-de-sac postérieur. Le tout est mobile, mais le doigt revient un peu souillé de sang. Annexes saines.

Examen au spéculum. Le col fait une forte saillie, il est ulcéré au niveau de son orifice externe et même sur sa face externe jusqu'au point de rétroflexion du vagin. La masse qui le constitue est lobulée, rouge, bourgeonnante et saignante, recouverte de petites languettes flasques. Les bourgeons entourent un orifice un peu agrandi.

Opération (Hartmann). le 16 février 1920. Pensant faire une simple amputation du col, on fait une fente bilatérale de ce col. On enlève la lèvre antérieure. Les lésions semblent remonter plus haut, hystérectomie vaginale sans ablation des annexes qui paraissent saines. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce. a) macroscopique : Les lésions s'arrêtent à l'isthme et la cavité du corps utérin est saine.

b) au microscope : Lésions du côté de la muqueuse endocervicale caractérisées par une hypertrophie très marquée des glandes ; dans le tissu conjonctif interstitiel, afflux d'éléments lympho-conjonctifs avec cellules géantes à topographie péri-vasculaire confirmant la nature de la lésion. Le tissu musculaire sous-jacent n'est envahi qu'en quelques points.

OBSERVATION 16. — Brouha. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1902, p. 595.

Mme G..., 41 ans, entre à la clinique de Liège le 9 septembre 1901.

Hérédité suspecte, mère morte d'une affection chronique de poitrine, frère et sœur morts de tuberculose pulmonaire. Mari alcoolique mort de T. P. à 36 ans.

Chez elle, l'exploration des organes thoraciques ne montre rien d'anormal. C'est une femme robuste et paraissant en bonne santé.

Réglée à 16 ans, elle a eu 5 grossesses qui ont évolué normalement sauf une qui avorta à 3 mois. La première fut suivie de subinvolution utérine. Il y a 7 ans, hospitalisation pour pelvi-péritonite qui guérit sans intervention. En mai dernier, curetage pour endométrite hémorragique.

Dernières règles il y a 2 mois, sans anomalies. Depuis, légères pertes leucorrhéiques. Quelques douleurs dans la région hypogastrique et la fosse iliaque gauche exagérées par la fatigue, cessant au repos en décubitus dorsal. Bouffées de chaleur fréquentes.

L'épaisse paroi abdominale fournit les renseignements suivants :

Corps utérin de volume normal en antéversion, de mobilité réduite, sensible à la pression. Culs-de-sac latéraux empâtés et douloureux. Mais c'est l'examen du spéculum qui éveille l'attention :

La lèvre postérieure du col paraît saine. Sur la partie droite de la lèvre antérieure, on observe une ulcération superficielle nettement arrondie de un demi-centimètre de diamètre. Le fond délimité par un rebord à pic est plus rouge que la partie saine circonvoisine. La portion moyenne de la lèvre antérieure du col présente une série de très petites pertes de substance pour ainsi dire ponctuées qui donnent un aspect vermoulu au tissu.

Biopsie : infiltration tuberculeuse typique.

Comme nous ne pouvions en prévoir l'extension, hystérectomie totale rendue laborieuse par les reliquats de la périmétrie ancienne.

Suites opératoires très heureuses. La malade sort au 15^e jour. Depuis lors, le bien-être s'est accentué et, à l'heure actuelle, l'opérée a repris ses occupations.

Examen de la pièce. Utérus de volume normal. Annexes englobées d'adhérences, mais aucune lésion tuberculeuse sur les parois et la muqueuse de l'utérus et ses annexes.

Dans le canal cervical et au pourtour antérieur de celui-ci, à un demi centimètre environ au-dessus de l'orifice externe du col, s'observe une perte de substance offrant d'une façon grossière la forme d'un entonnoir dont la base répond à la surface du canal cervical et dont le sommet s'enfonce perpendiculairement dans l'épaisseur de la paroi du col jusqu'au voisinage de la limite externe de celui-ci.

Au microscope, nombreux nodules tuberculeux typiques.

OBSERVATION 17. — Lewers. *Journal of Obstetrics and Gyneco*, 1902.

Femme de 36 ans, nullipare, qui depuis 9 mois présentait un écoulement vaginal fétide et parfois sanguinolent dans lequel on distinguait des lambeaux de membranes. Elle se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, pas de manifestations bacillaires personnelles ni de ses parents. Une de ses tantes était morte de tuberculose, mais c'était le seul cas qu'on connût dans sa famille.

L'examen physique permet de constater une béance anormale de l'orifice externe du col dont le canal est occupé par une tumeur molle, friable, qui saigne abondamment au toucher. Au spéculum, on voit que la tumeur est saillante et qu'elle occupe principalement la lèvre antérieure. L'utérus est devenu normal et très mobile. On porte sans hésiter le diagnostic de cancer et on fait une hystérectomie vaginale sans incidents.

La malade sort dans un état très satisfaisant.

L'examen macroscopique de l'utérus montre que le canal cervical était occupé par une tumeur papillaire, qui s'étendait jusqu'à l'orifice interne. Au microscope, la muqueuse est le siège d'un épaississement inflammatoire formant des bandes, la coupe d'une de ces bandes montre la présence d'un groupe de tubercules grisâtres avec des amas de cellules géantes bien formées. La recherche des B. K. sur 6 coupes différentes est négative.

OBSERVATION 18. — Croft. Présentation à la Société Obstétricale de Londres, 2 Avril 1902 (British Medical Journal, 1902).

Jeune femme de 26 ans, dont l'enfance est délicate jusqu'à l'âge de 6 ans environ, et dont la santé est bonne ensuite. A été réglée à 15 ans, très irrégulièrement. Leucorrhée entre les règles. Son mari est un homme très sain qui n'a jamais vu de médecin. Rien à signaler dans la famille de son mari. Dans sa propre famille, sa mère avait eu de nombreux abcès froids et sa grand'mère était morte de consommation.

Mariée deux ans et demi auparavant, les règles continuent aussi irrégulières et peu fréquentes jusqu'en Février 1901, qui marque la dernière période normale. L'abdomen augmentant de volume, et l'aménorrhée continuant, elle va consulter son médecin qui trouve un col suspect et m'envoie la malade le 14 Janvier 1902.

L'abdomen était gros, du fait de la graisse et des muscles, mais il n'y avait pas de traces d'ascite. L'utérus n'était pas perceptible au-dessus du pubis. Au toucher, le col était élargi et non induré, au contraire plus mou que d'habitude ; la portion du col au-dessus de l'orifice externe était rude et saillante, la surface au-dessous de la lèvre postérieure du col était irrégulière et villosité comme il est habituel de le voir dans l'ulcération maligne. Très différente était la lèvre antérieure. Allongée et un peu ouverte, la portion plissée couverte de végétations papillomateuses dont certaines avaient la grosseur et la forme d'un polype ; les annexes paraissent normales.

Examen et biopsie sous anesthésie ; l'examen des végétations fait par M. Jh. Targett indique comme résultat : tuberculose avec cellules géantes. ,

L'affection paraît locale, les autres appareils paraissent normaux. Hystérectomie vaginale ; péritoine, trompes et ovaires paraissent sains ; suites opératoires normales ; malade à revoir dans un an.

GROUPE II

Observations recueillies dans la littérature

OBSERVATION 19. — Tourneux et Villemur. Soc. Anat. de Paris, 17 juillet 1914.

Jeune femme de 30 ans, hospitalisée salle Saint-Louis, pour un polype utérin, le 14 mars 1914. N'a pas d'antécédents héréditaires et consanguins. Antécédents personnels : typhoïde à 12 ans, crise de R.A.A. à 19 ans.

Elle jouit d'une excellente santé. Ne présente aucun signe suspect. Il en est de même pour son mari. Elle a été réglée à 12 ans et très régulièrement de 12 à 20 ans.

A 20 ans, apparaissent quelques pertes blanches très abondantes, depuis règles un peu irrégulières et douloureuses. Mariée à 22 ans ; mène à terme deux grossesses dont les suites de couches sont normales.

Depuis janvier 1914, les règles toujours aussi régulières, sont plus longues et plus abondantes, 8-10 jours au lieu de 3 ou 4 jours. Fin février, plusieurs très fortes métrorragies avec douleurs lombaires, s'accompagnant d'un certain degré d'anémie. Le médecin consulté pose le diagnostic de polype utérin.

L'examen au spéculum montre les lèvres légèrement enrouvertes ; entre elles une masse rougeâtre assez ferme au toucher qui est le polype du volume d'une grosse cerise. Il est implanté dans le canal cervical par un pédicule court et large, utérus et annexes normaux ; intervention le 19 mars, section du polype après attraction du col, curettage utérin. Examen histologique. — 1° du polype : l'examen des coupes montre des follicules tuberculeux dans la couche muqueuse et le chorion subjacent à l'épithélium du col et s'arrêtant à la musculuse.

2° Débris du curettage utérin : aucune lésion de la cavité.

OBSERVATION 20. — Schmid. Zentralblätt für Gyn. 1926. (Obs. de la Clinique de Bonn).

Femme de 38 ans, bien portante, sans antécédents, ayant eu 6 accouchements et 3 fausses couches et opérée à 3 reprises pour prolapsus génital. Celui-ci, depuis 2 ans, s'est renouvelé. Règles restées normales jusqu'aux environs de l'opération.

Hystérectomie pour une ulcération de la lèvre antérieure du col, de la grandeur d'une pièce de 10 cm. en nickel et qui était suspectée de cancer, mais l'examen histoiogique montre sans conteste la tuberculose.

Péritoine, trompe et corps utérin, indemnes.

OBSERVATION 21. — Pawlovsky. Semana Medica, 1926.

Jeune femme de 28 ans. Entrée le 13 Décembre 1922. Antécédents héréditaires et personnels sans importance. Aucun renseignement sur le mari. Au mois d'octobre douleurs dans le bas-ventre intenses, continues, moins accentuées la nuit, calmées par le repos au lit qui les rend supportables sans les faire pourtant cesser.

En même temps, sécrétion génitale abondante, blanche, épaisse, parfois striée de sang. Ni toux, ni fièvre. Menstruation apparue jeune, date inconnue, durant 5 à 6 jours, abondante, régulière, avec douleurs avant et pendant. Depuis son mariage, les règles sont plus abondantes, durant 7, 8 jours, présentant les mêmes caractères. Depuis ses grossesses qui furent normales, avec enfants bien portants, elle présente actuellement le type trois quatre jours.

Examen le 14 décembre 1922. Fatigue générale, pâleur, anorexie, vagin étroit, le cul-de-sac antérieur près de l'utérus présente de petites ulcérations superficielles recouvertes de minuscules végétations, col augmenté de volume ayant l'aspect d'un chou-fleur, recouvert de végétations couleur rouge-violet, saignant à un toucher insistant. L'orifice du col est mal visible à cause des végétations. Le col est blanc rosé.

Corps utérin en antéflexion, petit, bien palpable, et limité. Hystérométrie 6 cm. Les annexes ne se palpent pas, on dirait qu'il existe une certaine diminution de l'élasticité des culs-de-sac.

Abdomen : paroi molle sans panicule adipeux. Rien de particulier à signaler. Cœur normal, poumons radiologique-

ment et cliniquement normaux. Crachats sans B.K. à plusieurs examens. Intra-dermo-réaction + ; urines normales, dans les pertes utérines, on ne trouve pas de B.K.

Biopsie : tuberculose du col, follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes et cellules épithélioïdes. Traitement radiumthérapique ; radium intra-cervical, le 13 février 1923, le 27 février, le 13 mars. A ce moment, nouvelle biopsie, même diagnostic.

Le 28 Avril, examen génital : vagin étroit, col très diminué de volume, blanc nacré, dur, irrégulier. Sclérose manifeste, diminution des pertes. Mais le corps a augmenté de volume, les annexes sont gonflées, les culs-de-sac douloureux. Etat général mauvais. Douleurs dans le ventre, et à la palpation, défense sous-ombilicale.

Les poumons, dont les examens ont été répétés, montrent alors des signes d'infiltration. Toujours par de B. K. dans les crachats, mais à partir du 8 avril, la température se met à osciller entre 38° et 38°5. La malade tousse et crache. L'évolution dure un peu plus de 16 mois, mort à la fin de 1924. A l'autopsie, dissémination des lésions, tuberculose péritonéale et pulmonaire **avancée**.

OBSERVATION 22. — Bengolea et Pawlowsky. Société d'obstétrique et gynécol. de Buenos-Aires, 4 Août 1926.

Malade de 53 ans, mariée, nationalité argentine, entre dans le service pour cancer du col. 6 accouchements normaux, et 5 prématurés spontanés. Ménopause il y a trois ans.

A 24 ans, elle présente une affection douloureuse de son genou et de sa hanche droite traitée par des cautérisations locales. La douleur a toujours persisté, sans gêne, et la malade n'y attache pas grande importance. Elle n'a jamais ni toussé ni craché.

Etat actuel : depuis deux mois, elle a commencé à perdre du sang mêlé d'eau, mal odorant, et à avoir de légères douleurs dans le bas-ventre. En même temps, anorexie et constipation.

Femme déjà âgée, de stature normale, cheveux blancs, peau sans élasticité, naevus et angiome sur l'abdomen. Cœur au foyer aortique : éclat métallique. Poumons cliniquement et radiologiquement normaux ; foie : ptosé, trois travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Examen génital : vagin normal de multipare ; col grand, dur, infiltré, comme la paroi vaginale ; ulcéré à sa partie interne, l'ulcération empiète sur la partie antérieure et postérieure, le toucher ramène du sang ; le corps utérin est légèrement augmenté de volume, un peu dévié à droite. Antéflexion normale, cul-de-sac rétréci et infiltré ; utérus peu mobile ; au toucher rectal, la cloison vésico-rectale est un peu infiltrée ; on pose le diagnostic de cancer végétó-ulcérant peu opérable et on ne fait pas de biopsie.

Le 14 novembre 1925, curiethérapie, bromure de radium 28 mcgr. technique de Rogaud. Le 22 janvier 1926, la malade revient à l'hôpital. Grosse amélioration de l'état général. L'examen génital montre un vagin flacide et ample ; le cul-de-sac antérieur et postérieur paraît légèrement rétréci, col atrophié et cicatrisé, ferme, lisse, sans rugosités. Utérus mobile ; devant l'amélioration de l'état général et local, on décide un Wertheim. Opération le 28 janvier 1926, éther, laparatomie médiane sus et sous-ombilicale, péritoine normal, ligature de l'hypogastrique droite, les uretères sont adhérents et infiltrés, Mikulicz, paroi en trois plans. Suites opératoires normales, la pièce enlevée présente un col cicatriciel, de consistance ferme, lisse, corps à peu près normal, annexes normales. Pour étudier l'action de la Curiothérapie, le Docteur S. Mazza fit de nombreuses coupes microscopiques de tout l'utérus. L'étude histologique montre au niveau du col et de l'isthme une infiltration concentrée avec plasmazellen, lymphocytes et leucocytes polynucléaires, et spécialement éosinophiles, abondants tissus fibreux. Au milieu de ces éléments, nombreuses cellules géantes du type de Langhans entourées de cellules épithélioïdes et lymphocytes. Leur manière de se grouper a permis le diagnostic de tuberculose. Le Docteur Mazza a mis en évidence sur les coupes du B.K.

OBSERVATION 23. — Bodogni. *Bulletino delle Scienze Mediche*, nov.-déc. 1927.

L'auteur a examiné une pièce d'utérus d'un diagnostic difficile ; il s'agit d'un col transformé en une masse ulcérée et saignante, dans laquelle le toucher montre des masses molles et veloutées, la portion vaginale du col est occupée par un tissu rouge rappelant les végétations cancéreuses.

L'examen histologique montre que le tissu musculaire est normal dans ses parties profondes tandis que dans la par-

tie sous-muqueuse il y a des tubercules nombreux et typiques. Les glandes de la région cervicale, tout en conservant leurs caractères histologiques fondamentaux, sont très hypertrophiées et forment de véritables papilles creuses. En général, les tubercules se trouvent dans la base des papilles et en certaines zones s'étendent dans son épaisseur. Les colorations spécifiques montrent la présence de B. K.

Localisation tuberculeuse du col utérin avec végétations papillaires adénomateuses rappelant le cancer au simple examen macroscopique. La limitation de la lésion à la muqueuse, et l'absence de toute autre localisation tuberculeuse dans l'organisme permet de penser qu'il s'agit d'une contamination par voie génitale.

OBSERVATION 24. — Ahumada et Prestiñi. Soc. Obst. Buenos-Aires, 24 Avril 1928.

Les auteurs présentent un cas de tuberculose localisée chez une malade de 40 ans bien portante ayant depuis un an des métrorragies abondantes avec quelques pertes blanches et des douleurs dans les fosses iliaques ; a maigri de 11 kilos en deux ans.

Col détruit en partie par une ulcération cratériforme de dureté élastique, mais non friable. Au spéculum, l'ulcération a un diamètre d'une pièce de 25 centimes, des bords irréguliers et une coloration rouge vineuse. On pose le diagnostic d'épithélioma et on pratique une biopsie le jour où l'on pratique une application de radium (dose totale 33 mcgrs en 144 heures). En cours de traitement, on connaît le résultat de la biopsie : métrite cervicale avec lésions histologiques de tuberculose.

Guérison complète un mois après.

OBSERVATION 25. — White. Proceedings Royal of Medicine, 1928.

Mme H. T., 64 ans, vient consulter au Samaritain Hospital le 31 mai 1929, pour des pertes vaginales sanglantes qui duraient depuis 3 mois et augmentaient rapidement. Elle ne présentait aucun signe de tuberculose ; les ovaires avaient été enlevés auparavant pour des ménorragies. 2 enfants, et trois fausses-couches. Aucune douleur abdominale, et pas de symp-

tômes urinaires. Elle était envoyée en vue d'une biopsie par son médecin. Il s'agissait d'une femme très maigre, mais ne présentant rien ni au cœur ni au poumon. Le corps de l'utérus était normal, aucune masse dans les culs-de-sac. Le col était moins dur ; pas de végétations sur la portion vaginale mais du sang s'écoulait par l'orifice externe. Aucune infiltration des ligaments larges, ligaments utéro-sacrés non infiltrés au T.R. 2 jours après, sous anesthésie, on introduit dans le col 9 aiguilles contenant 39 mcgr. de radium laissées en place 60 heures. La partie du col présentait un tissu de granulation et paraissait être atteinte de sarcome. Le 3 juillet, *hystérectomie totale* rendue difficile par de nombreuses adhérences pelviennes, dues autant à l'opération subie trente ans auparavant qu'au radium. On ne note aucun signe de tuberculose dans l'abdomen. Une semaine après l'hystérectomie, on note une hémorragie et le passage de matières fécales dû à une fistule recto-vaginale causée probablement par le radium. Mort le 24 juillet, 4 semaines après la pose du radium et 3 semaines après l'opération.

Examen de la pièce opératoire : utérus de volume normal dont les parois et la cavité sont normaux ; pas d'ulcérations sur l'abdomen. L'orifice externe est entrouvert, très foncé, et couvert d'un tissu granuleux. Le canal du col est rempli par une masse de 1 cm. 7 de long sur 1 cm. 3 d'épaisseur. Des coupes au micro y montrent des follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes et du tissu caséux qui ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse.

OBSERVATION 26. — Douglas et Riddlon. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, 3 mars 1929.

Femme de 22 ans, de race noire, nullipare. Aménorrhée et céphalées depuis plusieurs semaines, leucorrhée très marquée mais pas d'hémorragie. A la vulve, végétations vénériennes. Col irrégulièrement ulcéré avec des zones fibreuses alternant avec des sillons, notablement hypertrophié, mais de consistance ne rappelant pas le cancer. B.W. très fortement positif.

Biopsie : disséminées dans le stroma du col, on trouve des cellules géantes typiques avec faibles réactions tout autour ; sclérose du stroma, glandes largement dilatées ; en d'autres points des foyers bien marqués de nécrose entourés d'une légère infiltration des cellules épithélioïdes avec cellu-

les géantes nombreuses. On porte le diagnostic plus que probable de tuberculose primitive du col, car il n'existe nulle part ailleurs de signes de tuberculose.

La malade ne consent pas à une intervention, légère amélioration par un traitement anti-syphilitique vigoureux. On n'a pas pu examiner le mari, en vue de rechercher des lésions génitales tuberculeuses.

OBSERVATION 27. — Bortini. *Annali di Obst. et Gyn.* novembre 1930.

Femme de 41 ans, mariée, sans enfants, assez mal réglée depuis sa jeunesse ; présente depuis 5 ans, un écoulement dense, jaunâtre et fétide par le vagin. Le toucher vaginal montre que le canal cervical est notablement augmenté de volume, la pression sur la face postérieure du canal fait sourdre une assez grande quantité de pus, le doigt peut pénétrer dans une cavité agrandie, et bute à la partie supérieure du canal cervical sur une zone circulaire très ramollie, irrégulière, et d'aspect velouté.

Au spéculum, on fait un prélèvement de la zone malade, et on trouve à l'examen histologique au milieu des amas glandulaires assez bien conservés, des cellules géantes, et en certains points des *bacilles de Koch*.

Une *hystérectomie totale* est faite et suivie de guérison normale. L'examen de la pièce prélevée montre que la partie supérieure du canal cervical est totalement dépourvue de muqueuse, tout le reste du canal et de l'utérus est indemne, sauf la présence dans la paroi antérieure du corps utérin d'un fibrome en voie de dégénérescence maligne..

Au point de vue histologique, on trouve des cellules géantes jusque dans la tunique des vaisseaux sanguins. Les annexes sont saines.

La malade présente un bon état général, sans antécédents.

Le mari ne présente aucune lésion de son appareil génital.

OBSERVATION 28. — Danneuther. *Am. J. of Obstetrics and Gyn.* 1931.

Au cours de la discussion qui suit, une communication de Harris, Danneuther signale le cas d'une femme de 43 ans,

atteinte depuis 6 semaines d'écoulements sanglants. Mari mort 3 mois avant de tuberculose pulmonaire.

Biopsie du col : tuberculose typique avec présence de B.K.

Hystérectomie : corps, trompes et annexes sains.

Radio et examen physique en vain, en vue de déceler une tuberculose primitive. L'auteur pense qu'elle a contracté l'affection avec son mari.

OBSERVATION 29. — Dworzak. Zentralblätt für Gyn., 1931.

L'auteur signale le cas d'une jeune fille de 22 ans, toujours bien portante, dans la famille de laquelle on ne connaît pas de tuberculose. De 14 à 21 ans, quelques légères pertes, jusqu'en mai 1930. Jamais de règles menstruelles. La patiente subit un traitement.

En mai et juin 1930, à deux reprises, se produit un écoulement sanglant, très faible, durant une demi-journée. Au début de novembre 1930, pendant trois jours, douleurs dans le dos et dans le bas-ventre. Un médecin appelé la fait transporter à notre clinique pour des formations polypoïdes saignantes, du col. Il s'agit d'une jeune fille d'aspect extérieur et de stature normaux. Cliniquement rien aux poumons. A la radio : peut-être ganglion calcifié du hile droit.

Il existe une certaine hypoplasie des parties génitales externes, col duveteux, raccourci et mou. Corps utérin en antéversion et position gauche; à l'orifice du museau de tanche, on voit des formations blanc rosé, polypeuses, irrégulières, recouvertes de muqueuse pâle. Erosion de la plus grande partie des lèvres antérieures et extérieures, autour, l'épithélium est encore normal.

Malgré le jeune âge, on pense à un carcinome, suppression des polypes et excision d'un morceau des lèvres inférieure et supérieure du col.

A la biopsie, tuberculose typique avec follicules et cellules géantes. Nombreux B.K.

Réaction de Pirquets +.

Radiothérapie avec protection des ovaires durant trois semaines.

A la fin du traitement, les formations polypeuses avaient disparu, les érosions étaient très rétrécies avec un épithélium nouveau à l'endroit où il était autrefois granuleux.

Excellent état général. Prise de poids.

Au mois de Janvier, on revoit la malade, sur un centimètre environ, on note des masses irrégulières sous l'épithélium, quelques formations tuberculeuses persistent encore, et la malade reste en observation à la clinique.

OBSERVATION 30. — Bonnet et Bulliard.. Gynécologie et Obstétrique, 1931.

Malade de 35 ans, sans enfants, bien portante, vient consulter le 27 mai 1931 pour des douleurs dans le bas-ventre avec sensation de pesanteur. L'ovaire droit a été enlevé antérieurement avec l'appendice. La malade pèse 85 kilos et présente des symptômes d'insuffisance glandulaire.

Pertes blanches très abondantes. Col mou qui saigne beaucoup et donne l'impression d'une « grosse inflammation du col ».

Malgré cette apparence de métrite banale, on fait une biopsie :

Muqueuse endocervicale d'aspect papillomateux qui est le siège d'une vive inflammation avec érosion microscopique.

En surface, existent des polynucléaires mais dans la profondeur existent des follicules tuberculeux typiques confluent les uns vers les autres ; glandes enflammées et partiellement détruites présentant une disposition irrégulièrement tubulée. Les caractères sécrétoires des cellules glandulaires sont peu nets tandis qu'au voisinage de la lésion les glandes sont hypertrophiées et typiquement muqueuses.

Réaction de sclérose sous la muqueuse.

OBSERVATION 21. — Lantuéjoul. Bulletin Soc. Obstétr. 1932.

Mme B..., âgée de 28 ans, mariée depuis 5 ans, vient consulter pour stérilité. Son père est mort d'accident à 40 ans, sa mère est morte à 47 ans, elle aurait eu un mal de Pott dans sa jeunesse. Une sœur de 11 ans bien portante.

Réglée à 13 ans et demi : les règles sont d'abord irrégulière, d'importance moyenne, puis très abondantes. Vers 20 ans, les règles sont régulières, assez abondantes et durent 3-4 jours. Après le mariage, les règles ont disparu. Depuis 5 ans cette femme n'est plus réglée. Elle même ne présente aucun antécédent pathologique.

Elle se plaint seulement de l'absence de ses règles. Son état général est excellent. Au toucher, col recouvert d'irrégularités multiples, saignant au contact. Le fait est surprenant : chez cette femme qui ne perd ni en blanc ni en rouge, et chez laquelle les rapports conjugaux n'ont jamais déterminé la moindre hémorragie, le corps utérin paraît de volume normal en antéflexion. Peu mobile ; une sorte d'empatement des culs-de-sac latéraux. L'examen n'est pas douloureux et au spéculum, le col tout autour de l'orifice externe paraît recouvert de végétations papillomateuses sessiles très nombreuses et saignantes. Un certain nombre de végétations sont prélevées à la curette et envoyées au Docteur H. Bonnet, qui pratiqua l'examen histologique que voici :

Débris de muqueuse utérine enflammée présentant d'une part une légère hyperplasie des culs-de-sac glandulaires et d'autre part un remaniement du chorion par des formations notulaires faites de cellules épithélioïdes et géantes. Tuberculose folliculaire typique.

Le Docteur J. Braine opère cette femme quelques jours après. Rachi-anesthésie. Laparatomie médiane sous-ombilicale, impossibilité absolue de trouver du péritoine libre. Il existe une péritonite chronique plastique et c'est au travers d'un péritoine entièrement agglutiné avec les anses grêles, l'S iliaque et les lésions annexielles qu'on arrive à sentir le fond utérin.

Hystérectomie totale : la restauration du petit bassin, très malaisée ne peut être faite qu'à l'aide d'une suture colo-vésicale. Drainage par drain et mèche.

Examen de la pièce : Corps utérin de volume normal. Rouge, recouvert de fausses membranes surtout en arrière. Il n'y a pas trace de péritoine. Col volumineux, dur, lisse, sans ulcération, trompes dures, tordues sur leur axe, surtout à droite ; l'ovaire droit était gros comme une noix kystique, l'ovaire gauche moins volumineux, bourré de corps jaunes kystiques. Derrière les deux ovaires, on trouve de chaque côté une poche grosse comme une noix, adhérent au mésovarium à surfaces externe et interne lisses contenant une sorte d'enduit cébacé. Ce contenu a été examiné par M. Hinglais ; pas d'éléments organisés, recherche du B. K. négative. Eau 60 %, — cendre 17 % — substance grasse totale 6 % dont 2,8 % de cholestérine. Substance azotée, mucoïde et indosée 13 %.

A la coupe : l'utérus est très dur, scléreux, criant sous le bistouri ; la cavité de l'utérus a l'aspect cicatriciel, on ne trouve plus de muqueuse, sauf au niveau de la corne droite.

La cavité cervicale a le même aspect cicatriciel. Divers fragments ont été prélevés et examinés histologiquement, en particulier par M. Brindeau : tant au niveau de l'utérus que des annexes, seules ont pu être constatées des lésions en apparence banales. Mme B... a eu des suites opératoires normales, sans aucun incident et semble en excellent état.

Son mari a pu être examiné, réformé en 1912, il est porteur d'une épididymite tuberculeuse bilatérale fistulisée très ancienne. Il a un écoulement urétral où nous n'avons trouvé que des éléments banaux sans B. K. Cet homme très fruste avoue qu'au moment de son mariage les fistules et l'écoulement urétral existaient depuis longtemps (M. Lantuéjoul admet qu'il a manifestement contaminé sa femme).

OBSERVATION 32. — Estor et Baille. Le Sud Méd. et Chir. 1932.

Mme R., 52 ans, est vue pour la première fois le 3 décembre 1931. Elle jouit d'une bonne santé habituelle et n'a présenté aucune maladie antérieure. Elle a été réglée à 18 ans, ménopausée à 40 ans. Elle a une fille actuellement âgée de 25 ans, pas d'autres grossesses, pas de fausse-couche dans les antécédents. Le mari, 58 ans, est en excellente santé.

Le début de la maladie actuelle remonte à 2 ans. L'affection s'est manifestée par des pertes utérines abondantes tantôt sanguinolentes, tantôt d'aspect purulent. Ne s'accompagnant d'aucune douleur caractérisée. Le traitement a consisté à ce moment en injections vaginales quotidiennes.

Il y a 4 mois, les symptômes persistant, la malade se décide à aller consulter un médecin ; celui-ci conclut à l'existence d'un cancer du col et ordonne une application de radium qui a été exécutée le lendemain. Le jour suivant, la température de la malade monte à 40° et au-dessus, le radium est enlevé. Au bout d'un mois, aucune amélioration. Nouvelle consultation chez le même médecin qui persiste dans son diagnostic et conseille une nouvelle application de radium. Cependant, peu encouragée par la première tentative, la malade refuse le radium et vient nous demander conseil.

Etat local. L'examen au spéculum et le toucher montrent que le col ne fait qu'une saillie minime à l'intérieur du vagin. Son orifice en direction transversale mesure 1 cm. environ, on ne perçoit aucune induration cervicale ni péri-cervicale, les culs-de-sac sont libres, sauf le droit où il existerait

une très légère induration. Les paramètres ne sont pas infiltrés et le col utérin dont le fond est difficile à percevoir semble avoir sa mobilité normale. Le toucher des culs-de-sac, la pression au niveau des annexes ne provoquent aucune douleur. Au spéculum, une ulcération très superficielle de 3 à 4 mm. de diamètre est visible à la commissure droite de l'orifice cervical ; il s'écoule en outre par le col un liquide purulent jaunâtre ainsi que des fongosités. Plusieurs tentatives pour pénétrer dans la cavité utérine ont échoué. On a la sensation d'une oblitération complète de l'orifice interne du col.

Etat général : L'état général est par ailleurs très satisfaisant. L'examen méthodique des autres appareils ne fait constater aucun signe anormal. On ne peut révéler aucune lésion bacillaire, soit médicale, soit chirurgicale.

La symptomatologie constatée ne permet pas de confirmer sans contrôle le diagnostic de cancer du col. Aussi, effectuons-nous le prélèvement des fongosités intra-cervicales en vue d'une biopsie.

La biopsie donne les indications suivantes :

L'examen histologique des fragments envoyés montre qu'il s'agit manifestement de lésions tuberculeuses. Elles sont caractérisées par la présence au sein d'un tissu conjonctivo-vasculaire très infiltré par des lymphocytes, des follicules de Koster, particulièrement riches en cellules géantes. Les éléments épithéliaux de revêtement glandulaires font complètement défaut (Docteur H.L. Guibert).

Après quelques jours d'un traitement médical local (injections vaginales syntholées) cautérisation du col, les écoulements hémorragiques et purulents cessent complètement et la malade décide alors de quitter la clinique à la fin du mois de janvier 1932.

OBSERVATION 33. — Guyot, de Bordeaux. Gyn. et obs. 1933.

Jeune fille de 15 ans, fille de cultivateur de la région, sans antécédents personnels et héréditaires notables. Amenée par sa mère pour des pertes purulentes abondantes, ayant résisté à tous les traitements habituels. Jeune fille vierge qui avait été réglée à 13 ans et demie et présentait depuis des règles peu abondantes et irrégulières. Etat général defectueux ; pas de fièvre. Examen des poumons négatif. Abdomen souple et sans ascite, sans la moindre tuméfaction.

Au toucher rectal, le petit bassin était vide et nullement douloureux. Après échec absolu du traitement médical, j'ai décidé la famille à accepter un examen génital plus complet sous anesthésie générale. Deux valves vaginales mises en place, je vis un col augmenté de volume et présentant au niveau de la lèvre antérieure des végétations nombreuses avec ulcérations recouvertes d'exsudats jaunâtres. La consistance du col était molle et celui-ci ne saignait pas au contact. Profitant de l'anesthésie je pratiquai une exploration bi-manuelle qui me permit de déceler un utérus de volume normal, les annexes n'étaient pas perceptibles ; le cul-de-sac était souple et ne renfermait aucune induration. Je fis une biopsie qui fut examinée par le Professeur Sabrazes et qui montra qu'il s'agissait d'un cas de tuberculose du col. Dans ces conditions, je pratiquai l'amputation haute du col avec suites tout à fait normales, je suivis la malade pendant trois ou quatre mois où on lui fit un traitement local d'injections vaginales et un traitement médical, arsenic, iode, phosphate, héliothérapie. Guérison complète.

Actuellement, 10 ans après l'amputation du col, elle a pu se marier, est devenue enceinte et, après une grossesse normale, a accouché d'un enfant vivant et bien constitué.

Je l'ai revue au mois de juillet dernier (1933) l'ayant opérée d'une appendicite. J'ai pu constater son état général excellent et au cours de l'opération l'intégrité de son péri-toine.

OBSERVATION 34. — Riche et Guibal. Société d'Obst. et Gyn. Montpellier, 1933.

Mme L. G., veuve, née le 24 décembre 1882, entrée à l'asile de Font d'Aurelle le 12 octobre 1929 pour délire hallucinatoire.

2 enfants en bonne santé. 1 frère bien portant.

Ses parents sont morts ejunes. Son mari est décédé des suites d'une opération de hernie.

En mai 1930, les infirmières du pavillon signalent que depuis 2 mois la malade présente des pertes brunes abondantes. On ne peut guère tirer de renseignements plus précis sur ces pertes et la menstruation auparavant.

Col utérin volumineux, congestionné, mou, laissant couler par son orifice externe des pertes muco-purulentes. A cheval sur la face interne et la face vaginale de la lèvre anté-

rière, on aperçoit une ulcération à fond légèrement creusé et saignant, à bords irréguliers et un peu saillants, grande comme un gros pois, elle ressemble plus à une ulcération néoplasique qu'à une ulcération de métrite. Bords un peu violacés mais non indurés, fond atone, saignant, grisâtre. Autour la muqueuse n'est pas dure et a une coloration normale. Corps utérin petit et mobile. Annexes non perceptibles. Culs-de-sac souples et sans tuméfaction perceptible dans la profondeur.

Biopsie le 15 mai 1930 : « Dans le tissu conjonctif qui est le siège d'une infiltration plasmo-lymphocytaire abondante, on trouve des nodules lymphocytaires qui rappellent en tous points les follicules de Köster avec nombreuses cellules géantes. La recherche des B.K. sur des coupes colorées au Ziehl n'a pas été positive » (Docteur Guibert).

On pratique ensuite un curettage explorateur pour rechercher s'il y a des lésions néoplasiques ou tuberculeuses de la cavité utérine. La muqueuse ne paraît ni épaissie ni fongueuse, cri utérin au premier contact du tranchant.

L'examen histologique est sans résultat, les coupes n'ayant porté que sur des caillots.

Les pertes purulentes continuent abondantes, et la malade est soumise à un traitement quotidien dès l'ablation de la mèche à la glycérine névrotée placée après le curettage : injections vaginales quotidiennes à la liqueur de Labarraque, tampons ichtyolés.

Etat général médiocre : anorexie, pâleur, syncopes, mais l'examen ne montre rien aux poumons.

Début juillet : nouvel examen. Pertes très diminuées, état général meilleur, on envisage l'amputation du col simple. Un nouvel examen montre le col utérin toujours volumineux, mais l'ulcération paraît avoir changé d'aspect, elle est profonde et à fond plus rouge. Sur la lèvre postérieure et symétriquement existe une plaque rouge et brillante paraissant une érosion.

Nouvelle biopsie : métrite érosive simple sans traces d'inflammation nodulaire.

Devant cette amélioration, on décide de surseoir à l'intervention. Fin juillet, nouvel examen, l'ulcération antérieure est tout à fait semblable à l'ulcération postérieure, toutes deux semblent en voie de cicatrisation.

Malade revue le 17 mai 1931. Col toujours gros et mou, avec une érosion circulaire au niveau de l'orifice externe, utérus petit et mobile, culs-de-sac libres. Pertes purulentes

complètement disparues. Malade encore abondamment réglée, perdant 6, 7 jours par mois.

Biopsie : col utérin : métrite érosive s'accompagnant d'un degré assez accentué de métrite glandulaire. Aucune trace de néoplasie épithéliale. Suivie un an.

Curettage utérin : Les débris montrent des lésions de métrite glandulaire particulièrement remarquable par l'abondance et la congestion des vaisseaux sanguins (Docteur Guibert).

OBSERVATION 35. — Veyrassat. Presse Médicale, 15 septembre 1934.

Ch. D., 49 ans, père mort d'ictus, mère bien portante. Une de ses sœurs en 1918 a fait une poussée de tuberculose guérie par pneumothorax. Antécédents : scarlatine et rougeole. Quelques bronchites.

Réglée à 16 ans, régulièrement, un peu de douleurs prémenstruelles, règles pas trop abondantes durant 3 ou 4 jours. Aurait eu un point pleurétique en 1922, mais jamais on ne lui a fait ni parlé de ponction.

Vierge. Opérée en 1931 d'appendicite chronique.

Vue par l'auteur le 10 juin 1931. Femme en très bonne santé. Examen gynécologique impossible en raison de l'hymen, on soupçonne néanmoins un fibrome au niveau du fond utérin. Appendicectomie le 29 juin 1931. Vérification du diagnostic et d'appendicite et de fibrome (gros comme une orange). Elle se guérit très bien et reprend son métier, très fatigant, de vendeuse.

Elle est revue le 16 mars 1934 pour des pertes qui l'incommodent entre ses périodes depuis 3 ou 4 semaines, très abondantes, très fétides, parfois sanguinolentes, tachant le linge en jaune.

Au T. V., on sent la masse fibromateuse qui paraît avoir légèrement grossi, mais rien au col. Léger amaigrissement, mais l'état général reste très bon. Ne tousse pas, n'a pas de fièvre. Auscultation négative.

Odeur sui générís. On pose le diagnostic de cancer du col.

1^{er} mai 1934. Intervention sous éther et pantopon. Le col ne présente aucune ulcération, l'hymen déchiré au spéculum saigne. Laparotomie médiane. Utérus volumineux dont le fond porte un fibrome de la grosseur d'une orange de Jérusalem ; trompes et ovaires petits, sans lésions apparentes.

Péritoine brillant sans granulations ni brides.

Hystérectomie totale avec conservatoir d'un ovaire. Aucun ganglion dans le paramètre. Suites opératoires normales. Guérison.

Examen de la pièce par M. Rutishauser, chef des travaux pratiques du Professeur Askanazy :

Volumineux fibrome.

Col élongé avec ulcération de la muqueuse au niveau de la portion canaliculaire.

Lésions profondes. Quelques rares tubercules avec cellules géantes et quelques B.K.

Ovaires petit sans lésions. Trompes saines, sans lésions.

Diagnostic : Tuberculose du museau de tanche.

*
* *

Communication de MM. Ahumada et Herera à la Société d'Obstétrique de Buenos-Aires, 11 juillet 1929, in Bulletin Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1931.

Les auteurs signalent une lésion ulcéreuse du col utérin avec utérus et annexes sains. La biopsie montre de nombreux follicules tuberculeux. Radiologiquement et bactériologiquement, poumons sains.

GROUPE A

Tuberculose du col utérin coïncidant avec localisations génitales

OBSERVATION 1 (inédite). — Docteur J. Quénu et Cl. Bécélère.

Mme D..., 26 ans, sans antécédents personnels, bien portante, vient consulter à l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, au début de mars 1933, pour une petite hémorragie survenue vers le 25 février (probablement le 23), 8 jours après ses règles, à la suite d'une promenade. Il s'agit d'une hémorragie de sang rouge, peu abondante (1 garniture) durant 2 heures environ et qui s'arrêta spontanément. Cependant, depuis, est apparu un suintement intermittent d'un liquide séro-sanglant, rosé, nullement modifié par l'effort, le repos, les règles. Les dernières qui ont eu lieu le 20 mars étaient absolument normales et sans douleurs.

Antécédents : a) Parents : mère bien portante.

Père décédé dans un syndrome asphyxique un an après sa pleurésie.

b) Collatéraux : 1 sœur bien portante, pas de collatéraux décédés.

c) Personnels : Rien de spécial. A l'âge de 11 ans (c'était en 1918) épisode étiqueté grippe et qui n'a pas demandé une longue convalescence.

Tousse un peu l'hiver. Mais jouit habituellement d'une bonne santé. Mari bien portant.

A été réglée à 14 ans, règles régulières, tous les 21 jours, peu abondantes, non douloureuses, durant 3 jours ; à 17 ans cependant, pendant 2 mois, elle a été réglée tous les 15 jours (traitement ergotine). Elle n'a jamais eu de pertes.

S'est mariée à 21 ans. Pas d'enfants.

Premier examen (début de mars). On note sur le col une petite région indurée, semblant un épithélioma. Au spéculum, cette impression est confirmée.

On l'envoie à la fondation Curie, croyant au cancer, pour un traitement par le radium.

Une biopsie faite par le Docteur Georges Richard montre qu'il s'agit de tuberculose du col avec follicules tuberculeux typiques et cellules géantes.

Le 26 mars, quelques jours avant l'entrée dans le service, on trouve au T. V. un cul-de-sac gauche fortement empâté et la présence d'une masse, que le premier examen ne signale pas.

Bien que l'auscultation n'ait décelé aux poumons aucun autre signe, aussi bien en avant que dans l'aisselle, qu'une très légère rudesse respiratoire, on fait une radio qui montre une image de tramite très discrète. Recherche des B.K. dans les crachats négative.

Opération le 31 mars (Docteur Claude Béchère).

Laparotomie médiane sous-ombilicale, nombreuses adhérences à l'intestin, l'épiploon, la vessie. Libération. Il existe une annexe double très adhérente surtout marquée à gauche.

Hystérectomie totale typique. Drain vaginal. Péritonisation complète. Drain cigarette abdominal. Parois en 3 plans. Suites opératoires très bonnes. Guérison. Sort le 22 avril.

Au laboratoire de l'Hôpital Bon-Secours, les coupes, pour l'examen histologique du col, ne montrent pas de tuberculose : « Col utérin avec glandes normales et myomètre caractérisé par une forte hyperplasie du tissu conjonctif qui, par endroits, a pris l'aspect d'un tissu scléreux.

La pièce opératoire est portée à la fondation Curie.

L'examen histologique confirme le premier diagnostic de tuberculose du col, et montre des lésions tuberculeuses des trompes et du corps. Ovaires en activité indemnes de tout follicule.

La malade a été revue le 12 juin 1934. Excellent état général et local.

Nous sommes allés prendre des nouvelles de cette malade qui a changé, fin 1934, de domicile. Sa santé paraissait alors excellente.

OBSERVATIONS 2 et 3. — Guptmann (de Calcutta). J. of Obstetrics of British Empire, 1928.

A) Il s'agit d'une Hindoue âgée de 40 ans, admise à l'Hôpital en juin 1921.

Elle se plaint de pertes sanguines depuis une semaine après aménorrhée de 2 ans, de douleurs dans la région pel-

vienne depuis 2 semaines, et depuis plusieurs mois d'une leucorrhée fétide, glaireuse, abondante.

Nulle part ailleurs dans le corps l'examen ne montre de tuberculose.

Le 14 juin 1921, l'examen montre un utérus petit, légèrement en antéverson dans le cul-de-sac antérieur.

Le col est mou et œdématié, avec un petit polype sur sa lèvre antérieure, en certains endroits noduleux et dur.

Au spéculum on voit, venant du col, un nodule formant une masse grosse comme un pois, très vasculaire, très friable, paraissant cliniquement une végétation maligne du col, d'autant plus que la région utéro-sacrée semble infiltrée.

On fait une biopsie du col, croyant à un cancer. Le résultat histologique indique que c'est de la tuberculose : présence de cellules géantes, et adénome bénin des glandes cervicales.

Le 21 juin, laparotomie. Hystérectomie totale. Les trompes sont également tuberculeuses.

B) Hindoue, 30 ans, nullipare. Se plaint de leucorrhée.

Corps utérin dont la taille est les $3/4$ de la taille normale. Large érosion sur le col, qui est enflammé et plus dur, couvert de végétations papillomateuses saignant facilement.

La malade aurait eu une hémoptisie qui n'est certainement pas tuberculeuse, car les poumons sont sains, il n'y a pas de B.K. dans les crachats.

Biopsie : Tuberculose du col avec cellules géantes.

Hystérectomie totale. Trompes également atteintes.

OBSERVATION 4. — Aguinada (de Buenos-Aires). *Revista de Gynécoolgie et Obstetricia*, 1928.

A. S., 20 ans, vient consulter parce qu'elle n'est pas réglée. Père alcoolique, mère antécédent de tuberculose.

Elle est née à terme, enfance saine, réglée à 13 ans, règles sans douleurs, abondantes, durant neuf jours.

Actuellement seules les règles manquent depuis 2 ou 3 mois, mais comme elle se sent bien elle n'y attache pas d'importance. Elle a eu ses premiers rapports sexuels il y a un an, depuis elle a quelques pertes fétides et assez abondantes, elle n'a jamais perdu de sang ni fait de fausse-couche.

Il y a 2 ans, ophtalmie gauche, a perdu la vue de ce côté, malgré le traitement. L'homme avec qui elle vit est fort et sain, elle nie toute tuberculose.

Stature moyenne, état général assez bon, pannicule adipeux assez abondant.

L'examen général et radiologique des poumons est normal. Il n'en est pas de même de l'appareil génital. On trouve dans le vagin une tumeur du volume d'un citron, irrégulière friable, saignant au contact, qui semble le résultat d'un processus pathologique.

Corps utérin en rétroversion, augmenté de volume, mais mobile et réductible. A côté existe une tumeur du volume d'une noix, qui donne l'impression d'être collée à lui par des adhérences. Au spéculum, tumeur proliférante de surface rugueuse, occupant tout le fond du vagin.

Biopsie : tuberculose du col utérin.

Opération le 24 janvier 1928. Rachi-anesthésie. Laparotomie médiane, péritoine de la grande cavité normale, pas d'ascite, utérus en rétroversion, adhérent au rectum. Les annexes, dont les extrémités sont libres, forment une guirlande au fond du cul-de-sac utérin, des deux côtés.

Hystérectomie totale. Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce :

Col : follicules tuberculeux typiques avec infiltration à mono-nucléaires de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Pas de zones de caséification.

Corps : Quelques follicules isolées parfois groupées par 2 ou 3.

Trompes : Lésion de salpingite banale avec, en deux points des cellules qui ressemblent à des cellules épithélioïdes. Mais pas de follicules tuberculeux.

Ovaires sains.

OBSERVATION 5. — M. Douglas et Riddlon de (Chicago) Surgery. Gyneco and Obstetrics mars 1929.

Femme de 46 ans, de race nègre, IV^e pare, sans antécédents, paraissant en bonne santé.

Depuis 4 semaines, écoulement profus sanguin et aqueux. Au T. V. col volumineux ramolli et entr'ouvert ; l'orifice externe est ulcéré, l'ulcération n'intéresse pas la muqueuse vaginale, mais paraît s'étendre dans le canal cervical, saignant peu. Utérus assez volumineux mais mobile. De chaque côté, masses perceptibles. Biopsie : dans la sous-muqueuse, quel-

ques amas de cellules épithélioïdes avec quelques cellules géantes, infiltration leucocytaire, zones hémorragiques et de nécrose.

Diagnostic : granulôme infectieux probablement tuberculeux.

Intervention. Hystérectomie abdominale totale. Il y a un fibrome intramural gros comme un œuf de poule. Le canal cervical est rempli de masses rougeâtres, polypoïdes, irrégulières de volume variable, fermes, mais ni dures, ni friables ; sur les trompes on voit de petits nodules tuberculeux blanchâtres. A l'examen histologique hyperplasie des glandes cervicales, infiltration cellulaire avec tubercules typiques et nombreuses cellules géantes, infiltration diffuse de l'endomètre avec disparition des glandes utérines et nombreuses formations de tissus tuberculeux typiques.

Nombreux tubercules et cellules géantes dans les trompes. Guérison qui se maintient encore au bout de 2 ans.

OBSERVATION 6. — Bishop (de Chicago). *American Journal of Obstetrics and Gynecologie*, 1930.

J. H... Femme de couleur entre à la Steiner Cancer Clinic en juin 1925, avec le diagnostic de carcinome du col. La malade était mariée et avait un enfant âgé de 15 ans. Pas d'antécédents de fausses couches. Dans sa famille, pas d'histoire de cancer ou de tuberculose. Elle-même n'a pas d'antécédents et, n'étaient ses troubles génitaux, se porte bien. Ménopausée depuis 2 ans.

Poids 170 pounds, elle avait pesé jusqu'à 215, mais depuis plusieurs années, elle avait maigri, sans raison explicite, poids est stationnaire depuis longtemps. L'examen physique progressivement. Elle se considère comme bien portante. Son est entièrement négatif pour les divers appareils (sauf le génital) en dehors d'une légère augmentation de volume du lobe droit du corps thyroïde.

L'examen du petit bassin montre un col déchiré avec une production polypoïde en partie ulcérée, faisant saillie à travers l'orifice externe du col. Corps utérin en bonne position et non augmenté de volume. Paramètre normal. Aucun autre signe abdominal.

Wasserman négatif. La biopsie du col révèle une inflammation granulomateuse marquée avec un grand nombre de

lymphocytes, leucocytes, et plusieurs cellules géantes atypiques. Vascularisation abondante. En certains endroits, nécrose considérable.

L'infection secondaire fut considérablement diminuée par le traitement local et une seconde biopsie montre une structure plus typique avec réaction fibreuse considérable, prolifération endothéliale, infiltration lymphoïde et cellules géantes. Le diagnostic de tuberculose du col était fait. Il était évident qu'on se trouvait en face d'une infection primitive du col, d'accord avec l'absence des antécédents tuberculeux.

Hystérectomie qui montre une ulcération marquée de la partie inférieure du canal cervical. La plus grande partie du col était cédématisée, hémorragique, friable. Le reste du canal et tout l'endomètre était indemne.

Trompes un peu tuméfiées et adhérentes à la masse utérine. Pas un seul tubercule sur leur surface externe. Mais leur lumière était remplie de débris jaunes nécrotiques. Ovaires petits, fermes, avec de nombreux petits kystes. Au micro, quelques tubercules typiques dans la muqueuse et la sous-muqueuse des trompes. Au-dessous de la sous-muqueuse, infiltration, mais pas de tubercules.

Malade revue en janvier 1927 (18 mois après) en parfaite santé apparente.

OBSERVATIONS 7 et 8. — Bonnet et Bulliard. Gynécologie et obstétrique, 1931.

A) Mme S..., 30 ans, infirmière vient à la consultation de l'Hôpital Broca en juillet 1930, avec une ulcération suspecte du col. Pas d'antécédents.

Au T. V., on constate en outre qu'il existe une masse annexielle adhérente occupant les culs-de-sac gauche et postérieur.

Le Docteur Douay prélève un fragment au niveau de la zone ulcérée et à l'examen on constate qu'il s'agit d'une tuberculose ulcéreuse développée aux dépens de la zone endocervicale.

En raison de cette masse, on conseille fortement à la malade le traitement chirurgical par hystérectomie, qu'elle refuse, voulant essayer un traitement médical. On ne l'a pas revue depuis.

Examen histologique. Les lésions siègent au niveau de la

muqueuse endocervicale, forme papillomateuse et végétante. Nombreuses saillies papillaires qui sont le siège d'une vive inflammation et fréquemment soudées les unes aux autres. Forme des cellules modifiées et aplaties par l'œdème sous-jacent.

Le chorion des papilles est le siège d'une vive inflammation avec œdème très marqué. Outre l'inflammation leucocytaire à mono et à polynucléaires, il existe dans l'épaisseur même des replis des follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes et épithélioïdes.

B) Mad. V..., 28 ans, vient consulter à Broca en février 1929 pour des douleurs lombaires et de la fosse iliaque, se plaint aussi de dysmenorrhée et pertes blanches.

Pas d'antécédents signalés.

Col gros et dur, ulcéré, saignant au contact, dévié à gauche ; cul-de-sac gauche douloureux.

A l'union du col et du canal cervical, on prélève 3 fragments correspondant chacun à une zone adénomateuse.

Malade non revue dans la suite. Examen histologique : Lésions d'adénome papillaire dont les végétations sont inégales, irrégulières, l'une d'elles présente même un petit polype (prép. 1015).

L'épithélium muqueux des glandes cervicales ne fait défaut qu'en quelques points. Au niveau des ulcérations, l'épithélium se continue par une mince languette.

Dans l'épaisseur des replis et à leur base, se trouvent des follicules tuberculeux typiques, nets, le plus souvent agglomérés ils forment même à la base une nappe assez étendue.

Les lésions qui occupent la partie inférieure du canal endocervical s'étendent légèrement sur la portion vaginale, car on rencontre quelques tubercules sous l'épithélium vaginal à la jonction des 2 épithélium. Chorion infiltré de lymphocytes, plasmazellen, et de quelques polynucléaires.

OBSERVATION 9. — B. P. Watson (de New-York). American Journal of Obstetrics and Gynec. Mai 1934.

Femme de couleur de 38 ans, sans antécédents personnels ni familiaux, ayant un bon état général et ne présentant aucune lésion thoracique ou pulmonaire à la radiographie.

Écoulement vaginal depuis 2 ans, devenu sanguinolent depuis 5 mois, en même temps qu'apparaissaient des crises

douloureuses dans la partie inférieure de l'abdomen. A l'examen gynécologique, l'orifice externe du col était le siège d'une ulcération à bords irréguliers, d'aspect polypoïde, de couleur rouge brun, couvert d'une sécrétion brunâtre.

Corps utérin petit fixé par des annexites.

Biopsie du col : Tuberculose.

Hystérectomie totale.

Examen de la pièce. Canal cervical allongé et excavé. Muqueuse cervicale à l'examen histologique, épaissie de façon irrégulière et contenant des nodules tuberculeux disséminés dans les couches superficielles. Nodules plus rares dans les couches profondes, et dans la sous-muqueuse.

Corps utérin indemne de tuberculose, ainsi que les ovaires qui étaient kystiques. Trompes tuberculeuses.

CONCLUSIONS

I. — Les cas cliniquement primitifs de tuberculose du col occupent une place importante dans le cadre de cette localisation. Les cas de tuberculose du col coïncidant avec une autre lésion de même nature de l'appareil génital sont de beaucoup les plus fréquentes. La localisation strictement limitée au col est rare, mais néanmoins son pourcentage atteint presque 14 % des cas publiés.

II. — La tuberculose du col s'observe surtout pendant la période d'activité génitale de la femme. Elle semble atteindre avec autant de fréquence les nullipares et les multipares.

III. — La pathogénie de cette affection est encore discutée. La voie ascendante de l'infection est la plus généralement admise pour la tuberculose primitive, l'apport bacillifère peut se faire par le sperme du conjoint, mais dans la majorité des cas il est plus vraisemblable que les bacilles sont introduits dans les voies génitales inférieures par des contacts suspects, des objets souillés de poussière bacillifère.

IV. — La tuberculose du col n'a pas de signes particuliers. Les symptômes sont ceux d'une métrite banale ou d'un cancer survenant chez une femme le plus souvent mal, irrégulièrement et tardivement réglée.

V. — Son diagnostic par les seuls moyens de la clinique est impossible. Il est dominé par celui du cancer, infiniment plus fréquent. Presque tous les cas de tuberculose que nous rapportons ont été

pris pour un cancer. Seule la biopsie et l'examen histologique du fragment prélevé permet le diagnostic exact de la tuberculose.

VI. — Le pronostic de la tuberculose cliniquement primitive du col, bien soignée et suivie, est bon.

VII. — Le traitement de la tuberculose du col est chirurgical avant tout. L'amputation du col ne sera pratiquée que si l'on a la certitude que l'affection est bien localisée au col, chez une femme jeune ou qui refuse l'intervention radicale. Cette certitude est très difficile à acquérir, car l'examen histologique de pièces opératoires enlevées par hystérectomie chez des malades qui, cliniquement, n'avaient que des lésions de leur col, montre fréquemment des lésions salpingiennes ou utériennes. De telles malades d'ailleurs doivent être fréquemment examinées et pendant longtemps afin de dépister une extension des lésions le cas échéant.

L'hystérectomie totale par voie haute seule peut donner les garanties qu'aucune lésion ne persiste plus dans l'appareil génital ; c'est à l'hystérectomie que l'on a eu le plus souvent recours et c'est l'intervention de prudence.

Le traitement médical sera un adjuvant précieux du traitement chirurgical.

La radiumthérapie ne semble pas devoir être retenue du moins dans l'état actuel de nos connaissances — pour le traitement des affections tuberculeuses du col.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président,
MARION.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons indiqué, en tête de chaque observation, son origine. De même dans le courant du texte nous avons souvent signalé nos sources. Nous nous bornerons ici à donner les principaux documents que nous avons consultés :

- AHUMADA. — Soc. Obst. et Gyn. Buenos-Ayres, 1928 et 1929.
 ASKANAZY. — J. Méd. Suisse Romande, 1923.
 ASTRIÉ. — Tub. primitive de l'utérus. Thèse Lyon 1913-14.
 BAUEREISEN. — Voies d'extension de la Tub. génitale. Arch. f. Gyn., 1912.
 BAUM et MATHIAS. — Zentral Blatt für Gyn. 1933.
 BAUMGARTEN. — Berlin. Klin. Wochenschrift, 1924.
 BEYEA. — Congrès Int. Médecine-Gyn. 1900.
 BROCC, MOULONGUET et GIBERT. — Congrès fr. de Gyn. et Obst. 1933.
 BROOH. — Obstétrique Soc. of London, mai 1903.
 BROOKS. — Obstétrique Soc. of London, mai 1903.
 CASTANY. — Tub. du col de l'utérus. Th. Montpellier, 1905.
 CAYLA. — Tub. du col de l'utérus. Th. Bordeaux 1912-13.
 CHARLANNE. — Soc. Anat. Paris, Mars 1920.
 CHATON. — Tub. du col de l'utérus. Th. Paris 1908.
 CORNIL. — Etudes exp. et cliniques sur la Tub. 1888.
 — Bulletin de la Soc. Anat., 1883.
 CROLL. — Tub. utérine primitive. Th. Paris, 1926.
 CULLEN. — Canada Lancet, 1903.
 DANIEL. — Gyn. et Obst. 1925, — Gynécologie, 1925. — P. M. Illustrée, 1931.
 DAURIOS. — Etude de la Tub. app. génit. femme. Th. Paris, 1888-1889.
 DERVILLE. — Infection tub. par voie génitale femme. Thèse, Paris, 1887.
 DESPLAS. — Arch. mens. Obst. et Gyn. 1912.
 DIKINSON. — Am. Journal of Surgery, 1931.
 DOUAY. — La Gynécologie, 1928. Gyn. et Obst., 1930.

- Driessen. — Central Blatt für Gyn., 1898.
Mlle DUPEUX. — La Gynécologie, 1933.
EMMANUEL. — Archiv. für Gyn. 1893.
ENNIO. — Arch. di Obstetricia et Gyn. Nov. 1930.
FAURE, AMAN, MARTIN, VEIDT. — Rapp., Congrès Rome, 1902.
FAURE et SIREDEY. — Traité de Gyn. Méd. Chir. 1928.
FERRARI. — Annali di Obst. et Gyn., 1903.
FINTECLUS (Mad.). — Tub. du col et Traité chir. Thèse Paris, 1912-1913.
FISCHETTI. — Rassegno di Obst und Gyn. 1931-1932.
FORGUE. — Paris Médical, 1926.
FRANK. — Monatsch. für Geb. und Gyn. 1899.
FRANQUÉ (Von). — Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1897.
GIGLIO. — Annali di Obst. et Gyn. 1892.
GOROWITZ (Mlle). — Tub. génitale femme. Thèse, Paris 1900.
L. DE JONG (Mlle). — L'ovaire chez les tuberculeuses. Thèses Paris 1913-14.
KAUFMANN. — Zeitschrift für Geb. und Gyn., 1897.
KELLER. — Archiv. für Gyn. 1912.
— Soc. d'Obst. et Gyn., 1934.
LANNES DEHORE. — Tub. du col de l'utérus. Thèse Lyon 1905.
LENORMAND. — Progrès Médical, 1909, N° 13.
LOPEZ DORIGA. — Revue esp. Obst. et Gyn. mai 1928.
MARTIN. — Archives provinciales de Chir. 1905.
MATHEWS. — Medical Record, 1898.
MEYER. — Arch. für Gyn. 1894.
MICHAELIS. — Beiträg. zur Geb. und Gyn., 1898.
MOORE. — Surgery Gyneco and Obstetrics, 1919-1924.
MORVAN (P.-J. M.). — Tub. du col utérin. Thèse, Bordeaux, 1920-21.
MURET. — Journal Méd. de la Suisse Romande, 1934.
NANARD. — Sur certains ulcères du musaeu de tanche. Thèse, Paris, 1893.
NIEPOKJERZYCA (Mlle). — Path. de la tub. utér. Th. Genève 1912.
NIZZA. — Soc. Piem. Obst. et Gyn., 1934.
NOBOA. — Tub. du col de l'utérus. Thèse, Paris 1930.
NOVAK et WINDHOLZ. — Arch. für Gyn., n° 147, 1931.
PETIT DUTAILLIS. — Tub. int. du col. Gynécologie, 1913.
POLLOSSON et VIOLET. — Revue de Gyn. et Chir. abd., 1906.
POPOFF. — Rousky Wratch, 1906.
POZZI. — Traité de Gyn, 1907. Soc. Chir. Hôp. Paris, XII, p. 815.
PUCCIONI. — Tub. et can. col. associés. Follia Gyn. Pavie 1927.
RICHELOT. — La Gynécologie, 1905.

REMILLY. — Tub. génitale de la femme. Paris, 1919-1920.

RINEZZI et FERRAZINI. — Rev. Méd. del Rosario, 1934.

RUSSOLILLO. — Archiv. di Obst. et Gyn. 1934.

ROUTIER. — Tub. asc. des org. génitaux femme. Thèse, Paris 1909-1910.

VERMEIL. — Lésions des organes génit chez les tuberculeuses. Thèse, Paris, 1880.

VERNEUIL. — Gazette de Méd. et Chirurgie, n° 13 et 14, 1883.

VITRAC. — Arch. exp. de Médecine, 1898.

WILLIAMS. — British Medical Journal, 1895.

